BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

DE CHIRURGIE

DE PARIS

PARIS. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870

DEUXIEME SÉRIE

TOME ONZIÈME

PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1871

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

IMPÉRIALE

DE CHIRURGIE

DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE

SÉANCE DU 5 JANVIER 1870

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : *L'Art dentaire;* — Le *Bulletin de thérapeutique;* — La *Gazette médicale de Strasbourg;* — Le *Marseille médical.*

— M. Berend (de Berlin) adresse deux articles publiés dans *le Deutsche Klinick,* décembre 1869, nº 50, et l'*Allgemeine medicinische Zeitung,* 11 décembre 1869, *sur l'usage du tannin contre l'hémorrhagie abondante résultant de la circoncision judaïque, et sur le traitement des difformités articulaires dans le cas de persistance de la maladie primitive.*

— Docteur Sonrier, médecin militaire : *Des accidents de la foudre.* Édition in-8º, 1869. Paris.

— Docteur Marquez (de Colmar) : *Contribution à l'histoire de la hernie ombilicale.* Brochure de 8 pages.

— Docteur Alfred Fournier : *Fracastor la syphilis; Le mal français.* Paris, in-18.

— Docteur Logan, directeur général du service médical de l'armée anglaise : *Army medical department Report for the year* 1867, vol. IX.

— MM. Pétrequin et Foltz adressent une observation intitulée : *Extraction par l'ombilic d'une sonde de femme introduite par les voies génitales.*

L'observation est renvoyée au comité de publication.

ÉLECTIONS

La Société procède à l'élection de deux membres associés étrangers et de cinq membres associés nationaux.

Ont été élus au scrutin :

Membres associés étrangers : MM. Donders et Helmoltz.

Membres correspondants nationaux : MM. Joüon, Legéal, Léon Parisot, Chedevergne, Houzé de l'Aulnoit.

COMITÉS

Le *Comité de publication* pour l'année 1870 est composé de MM. Le Fort, Sée, Panas.

La *Commission des congés* se trouve constituée de MM. Boinet, Houel et Tarnier.

COMMUNICATION

Cataracte diabétique. — M. PERRIN. J'ai eu l'occasion, durant ces deux derniers mois, de pratiquer quatre opérations de cataracte à l'hôpital du Val-de-Grâce, chez des malades atteints de diabète.

Les faits qui s'y rapportent me paraissent mériter votre attention, parce qu'ils sont de nature à éclairer certains points de l'histoire de ces sortes de cataractes, et aussi parce qu'ils contribueront à former l'opinion sur les suites des opérations pratiquées dans ces circonstances.

OBSERVATION I. — Dans le courant de l'été dernier, l'un de mes collègues de l'armée vint me consulter au sujet d'une double cataracte dont il était porteur.

L'une de ces cataractes, examinée à l'éclairage oblique, s'est montrée constituée d'un noyau ambré de moyenne dimension et d'épais-

scs couches corticales grisâtres, dans lesquelles se voyait encore la structure fibrillaire du cristallin. L'exploration du champ visuel annonçait un rétrécissement sensible sur tous scs points.

Le malade offrait les apparcnces de la santé la plus parfaite. Il était robuste, d'un embonpoint de bon aloi, avait de l'appétit, une soif normale ; mais il présentait ce signe particulier d'avoir deux cataractes qui s'étaient développées en moins de quinze mois.

Une évolution aussi exceptionnellement rapide me conduisit à faire examiner les urines, et contre toutes présomptions, elles contenaient 60 grammes de sucre par litre. Malgré ce contre-temps, l'extraction de la cataracte la plus complète fut pratiquée au commencement d'octobre, par le procédé de l'incision linéaire modifiée, ou procédé de Graefe.

Les temps de l'opération furent en quelque sorte classiques, et à la première manœuvre de glissement, la cataracte s'engagea et sortit tout entière, laissant derrière elle une pupille parfaitement noire.

Les suites de l'opération furent régulières; au huitième jour, l'œil opéré ne présentait plus qu'une légère conjonctivite, et au quinzième, le malade, tout à fait guéri, lisait, avec un verre de deux pouces et quart, le n° 3 de l'échelle typographique.

Observation II. — Un officier supérieur en retraite, âgé de 65 ans, diabétique depuis 22 ans, vint me montrer une vieille cataracte qui le privait de l'œil droit, et dont le point de départ remontait à 7 ans.

L'autre œil étant envahi à son tour, et ne permettant au malade que de se conduire, le décida à demander l'opération.

L'éclairage latéral me fit voir une cataracte *nucléaire* à noyau large, plat, de couleur acajou, et recouvert de masses corticales peu épaisses et d'une teinte grise uniforme.

Le champ visuel n'était pas altéré; l'état général paraît satisfaisant. Le malade a bon appétit, boit peu, et rend environ 2,000 grammes d'urine par jour; la peau n'est pas sèche, la nutrition paraît excellente : en un point seulement, le diabète a marqué sa trace. Depuis trois ans, en effet, cet officier éprouve de temps en temps des douleurs vives térébrantes, accompagnées de fourmillements, qu'il attribue à un rhumatisme, et suivies bientôt de plaques gangréneuses assez larges, mais superficielles, à la plante des pieds. Ces plaques se limitent, forment des eschares qui se détachent et donnent naissance à des ulcères arrondis, qui se cicatrisent en quelques mois.

Après une période de rémission, les mêmes accidents se repro-

duisent, dans le même ordre et avec la même durée. Ces gangrènes superficielles sont devenues une sorte d'infirmité périodique, dont le malade ne se soucie guère, mais à laquelle il faut attribuer la difficulté de la marche qu'il éprouve, car l'état des forces est très-satisfaisant.

Les urines contiennent 70 grammes de sucre par litre, et de plus, une grande quantité d'albumine.

Une seconde analyse, pratiquée quelques jours plus tard, démontra de nouveau la présence simultanée et permanente du sucre et de l'albumine.

Malgré ces conditions défavorables, l'extraction de la cataracte de l'œil droit fut pratiquée par le même procédé. L'opération et les suites furent des plus satisfaisantes, lorsqu'au huitième jour il se produisit dans la chambre antérieure une suffusion sanguine dont le niveau s'élevait jusqu'au bord de la pupille. L'œil était devenu le siége d'une douleur assez vive, bien que son état parût très-satisfaisant.

Que s'était-il passé là? J'avoue que je l'ignore encore. J'appris seulement que le malade, en enlevant son bandeau peu de temps avant ma visite, s'était légèrement heurté l'œil et avait provoqué une douleur subite. Apparemment, c'est ce froissement brusque qui avait fait saigner l'iris; peut-être aussi l'état du sang a-t-il contribué à produire ce petit épanchement. Quoi qu'il en soit, l'hypohema en question ne modifia nullement la marche de là guérison, qui fut retardée seulement d'une dizaine de jours. Le 20 novembre, il ne restait plus, comme trace de l'opération, qu'un peu de conjonctivite entretenue par quelques groupes de vaisseaux variqueux. La pupille est tout à fait nette, et le malade peut lire, avec un verre de 2 pouces et demi, le petit texte d'un journal.

Observation III. — Dans le courant de novembre, M. Morache, l'un de mes collègues du Val-de-Grâce, me fit l'honneur de m'inviter à voir un de ses malades qui était diabétique et privé de la vision par le développement simultané de deux cataractes. Ce malade, âgé de 43 ans, est atteint d'un diabète intense; son urine renferme 65 grammes de sucre par litre, ce qui fait pour 10 litres, moyenne des émissions quotidiennes, le chiffre considérable de 650 grammes. Il y a de la soif, un appétit insatiable, des sueurs profuses, des douleurs erratiques très-vives, et cet état blafard et comme macéré de la peau, que l'on observe dans le diabète arrivé à une certaine période.

Les cataractes s'étaient complétées en un mois environ, et datent du mois de mars. Vues à l'éclairage oblique, elle paraissaient volumineuses et tout à fait molles. On distinguait encore avec un peu d'attention la texture du cristallin.

Les conditions générales étaient bien mauvaises; mais, encouragé par les deux succès précédents et certain de ne pas nuire, je pratiquai, le 18 novembre, l'extraction de l'une des deux cataractes par le même procédé. Aux premières manœuvres de glissement, le cristallin s'engagea régulièrement, laissant après lui quelques masses corticales, dont l'expulsion fut aisément provoquée par quelques nouvelles manœuvres. Le noyau de la cataracte était volumineux, mou, gélatineux; il se désagrégea complétement par l'agitation dans l'eau, donnant naissance à un liquide lactescent, qui, soumis par M. Morache aux liqueurs d'épreuve, révéla manifestement la présence du sucre.

Les suites de l'opération furent simples et plus rapides encore que dans les opérations précédentes : au huitième jour, il ne restait plus qu'une conjonctivite très-légère, et au quinzième, l'œil opéré, armé du n° 2 1/2, lisait le Premier-Paris d'un journal.

Observation IV. — Le 23 décembre, la seconde cataracte du même malade avait fait des progrès. L'opacité, jusqu'alors limitée aux couches péri-nucléaires, avait envahi les couches corticales, mais sur certains points seulement, que l'éclairage latéral faisait voir sous l'aspect de larges plaques grisâtres et chatoyantes

La rétine avait conservé sa sensibilité. L'extraction fut pratiquée par le même procédé, sans difficulté, sans complication d'aucune sorte. La forme, la consistance, le volume du noyau, ne différaient pas sensiblement de ce que j'avais observé au moment de l'opération précédente ; toutefois, il importe de mentionner que l'analyse faite avec soin ne découvrit point de traces de sucre. Cette fois encore les résultats ont été excellents. Aujourd'hui, quatorzième jour de l'opération, il ne reste plus qu'une légère conjonctivite, et la papille est d'une limpidité irréprochable.

Messieurs, j'ai eu l'honneur de vous dire en commençant que ces faits m'avaient paru intéressants à plusieurs points de vue.

On admet généralement que le développement de la cataracte diabétique appartient à la dernière phase du diabète, à cette période durant laquelle une atteinte profonde est portée aux fonctions nutritives ; d'excellents écrits veulent même que son apparition soit le signe avant-coureur d'une mort prochaine.

Évidemment cette opinion, fondée sur un certain ordre de faits, est beaucoup trop absolue. Il est aisé d'en juger par les observations qui me sont personnelles.

Mon premier opéré, quoique médecin, était diabétique sans le savoir. Sa santé était parfaite, et certes il y a lieu de croire que sans la brusque apparition de ses cataractes, il fut resté longtemps sans se douter que ses urines étaient sucrées.

Le second est diabétique depuis vingt-deux ans ; il portait sa cataracte depuis sept ans sans que sa santé générale fut ébranlée. Aussi, malgré les plaques gangréneuses qui se développent périodiquement au pied, tout, malgré ses 65 ans, le fait présager encore de longs jours.

Enfin, le troisième malade lui-même qui a subi deux extractions successives, malgré l'énorme quantité de sucre qu'il produit chaque jour, portait ses cataractes depuis le mois de mars, c'est-à-dire depuis 10 mois et son état général, mauvais de longtemps déjà, ne s'est pas aggravé durant ce laps de temps.

De ce qui précède, je conclus que l'opacification du cristallin n'est pas toujours l'expression d'un *diabète grave*; qu'elle peut se produire aux différentes périodes de l'état diabétique, et aussi qu'elle n'a point la signification pronostique grave qu'on a voulu lui attribuer.

La cataracte classique du diabétique est une cataracte molle, sans noyau. A cet égard encore mes opérés s'éloignaient de la règle. A moins d'admettre chez eux, ou tout au moins chez les deux premiers, des cataractes indépendantes de leur état général, il faut bien reconnaître que l'altération du cristallin était plus en rapport avec l'âge du sujet qu'avec le génie propre de la cause pathogénique elle-même.

L'un d'eux était âgé de 43 ans; ses cataractes étaient molles, sans reflet ambré et pourvues d'un noyau gélatineux sans consistance. Chez le second, âgé de 58 ans, le noyau jaunâtre était de moyenne grandeur et recouvert de masses corticales. Enfin chez le troisième il était dur, jaune, aplati comme on le trouve au dernier terme de la sclérose.

Est-ce-là un fait exceptionnel; ou ne doit-on pas se demander plutôt si les caractères attribués en propre à la cataracte diabétique, ne sont pas dus à l'âge auquel on observe le diabète de préférence.

L'intégrité du corps vitré jugée par l'absence d'accidents de ce côté pendant l'opération, la récupération d'une acuité visuelle qui

a varié de 1/3 à 1/5 montre aussi que les altérations nutritives de la choroïde et de la rétine, que l'on a rencontrées chez certains diabétiques, ne sont point le corollaire habituel de l'opacification du cristallin.

Les observations qui font le sujet de cette étude, portent aussi leur enseignement à l'égard de la cause déterminante des cataractes diabétiques.

Divers expérimentateurs et en particulier MM. Kuhnharn, Weir, Mitchell, Richardson, Kunde, sont parvenus à provoquer presque instantanément l'opacification du cristallin chez les grenouilles et d'autres animaux, en leur injectant sous la peau une solution de chlorure de sodium, de sucre, ou de nitrate de soude. Ces injections ont pour effet de provoquer une abondante exhalation d'eau à la surface des téguments et partant une véritable dessication progressive de l'animal, à laquelle est attribuée à juste titre l'opacification du cristallin.

Par analogie on a attribué à une cause de même ordre le développement des cataractes chez les diabétiques.

Comme ils perdent beaucoup d'eau par la sueur et les urines, on en a conclu que la maladie les place dans les mêmes conditions que les grenouilles de M. Kunde. Ils se dessèchent; la densité du sang s'élève; la proportion des matières salines augmente, et il en résulte des troubles dans les courants endo-exosmotiques, qui règlent la nutrition de la lentille. Ce rapprochement est ingénieux, séduisant, mais il ne paraît pas justifié.

D'abord, les cristallins rendus opaques expérimentalement, diffèrent des cataractes diabétiques; ils deviennent opaques, parce qu'ils perdent une partie de leur eau de constitution; mais quand on la leur rend, ils recouvrent très-rapidement leur transparence.

Il n'en est pas ainsi chez les diabétiques; la cataracte dérive d'une altération de tissu; elle est stable, définitive.

On a bien mentionné quelques faits dans lesquels des opacités cristalliniennes auraient disparu à la suite d'une amélioration survenue dans l'état général. M. de Segen, de Carlsbad, veut même avoir observé un cas dans lequel la dégénérescence caractérisée disparut après avoir atteint assez d'intensité pour empêcher le malade de se conduire. De pareils faits, pour être acceptés, auraient besoin de confirmation.

D'autre part, est-il exact de comparer l'état du diabétique à l'état des animaux mis en expérience? Le diabétique perd beaucoup d'eau, c'est vrai; mais l'exaltation du sentiment de la soif tend incessam-

ment à rétablir l'équilibre. Pour admettre la parité, il faudrait que l'élévation de la densité du sang des diabétiques fut démontrée. Or, je ne connais sur cette question que le résultat mentionné en 1837 dans le *London medical Times*, par Mac-Gregor, et tendant à faire admettre une augmentation trop minime pour être probante : quatre dix millièmes! Il y a là un sujet intéressant de recherches, seulement on a rarement du sang de diabétique. Dans l'état actuel des choses, la situation de deux de mes malades proteste contre une semblable interprétation.

Ils sont bien portants; la peau en son état physiologique; il n'y a ni soif, ni sueur, ni sécrétion urineuse exagérée, etc.

Enfin, les résultats de ces quatre opérations me paraissent mériter toute votre attention, parce qu'elles contribuent à fixer la valeur des opérations d'extraction pratiquées chez des sujets diabétiques.

Notre collègue, M. Verneuil, a insisté, à diverses reprises à cette tribune, sur la fréquence des états diabétiques ignorés, et sur l'influence fâcheuse exercée par eux sur les suites des opérations chirurgicales. Cette influence n'est que trop fondée malheureusement. Mais il importe, pour lui donner toute sa signification clinique, de ne pas l'accepter comme un fait général, mais bien de la rechercher dans chaque espèce d'opération. A cet égard, le globe oculaire paraît jouir d'une parfaite immunité.

Quatre succès complets sur quatre opérations me semblent une raison suffisante pour admettre que le pronostic si assombri des opérations de cataracte, chez les diabétiques, n'est pas fondé, et, pour établir que la présence du sucre dans les urines n'enlève aucune chance de succès, tant que le malade n'est pas dans le marasme.

DISCUSSION

M. GIRAUD-TEULON. En demandant la parole après notre honorable collègue M. Perrin, ce n'est point une opposition que nous nous proposons de soulever vis-à-vis des opinions qu'il a exprimées; nous sommes, au contraire, presque sur tous les points d'un avis fort voisin du sien, et la divergence ne porte que sur des détails.

Les quatre observations communiquées par notre collègue sont destinées à démontrer que, contrairement aux données antérieures de la science, la cataracte diabétique est loin d'être toujours molle, puisque, sur les quatre cas, un seul appartient à cette dernière forme de cataracte.

L'importance d'une pareille proposition impose la plus grande rigueur dans la discussion des observations qui viennent contredire la règle.

On sait que, suivant les observations les plus générales, les cataractes diabétiques sont molles, rapidement accomplies, et n'apparaissent que dans les dernières phases dc la maladie, dans l'état de marasme final. Mettant de côté le dernier cas de M. Perrin, entièrement conforme à la règle, il nous reste trois opérations d'extraction pratiquées chez deux sujets atteints de cataracte, qu'il nous faut examiner. Chez l'un d'eux, si notre oreille ne nous a point trompé, M. Perrin aurait caractérisé comme dure et sclérosée la partie nucléaire de la cataracte, non-seulement lors de l'examen à l'éclairage par réflexion, mais encore lors de sa sortie de l'œil pendant l'opération. Cette cataracte était donc en partie dure. Quant à l'autre sujet, nous croyons que M. Perrin a omis de préciser l'état de la cataracte à la sortie. Or, cela était d'autant plus nécessaire ici, que la persistance d'un noyau dur, relativement étendu, pourrait suggérer la pensée que l'on est en présence d'une cataracte sénile chez un diabétique, plutôt qu'en face d'une cataracte expressément diabétique, ou due directement à la présence du sucre.

Il est entendu que ces remarques ne portent que sur les éléments mêmes de l'observation que nous discutons ici. Il ne nous répugne aucunement d'admettre que la présence en excès du sucre dans le sang et les sécrétions d'un sujet ne puissent être une cause très-suffisante de la mal-nutrition d'un corps aussi éminemment délicat que le cristallin; mais la chose ne paraît pas encore démontrée.

Quant à l'influence, sur la formation des cataractes, des grandes déperditions d'eau, nous partageons entièrement l'avis de notre collègue. Rien n'est moins établi que les propositions récemment émises à ce sujet. On n'est pas autorisé à conclure des expériences sur les batraciens privés en partie de leur eau de constitution à ce qui se passe chez l'homme après les grandes déperditions de ce fluide, sur cette seule analogie que de part et d'autre il y a production d'opacité cristallinienne.

D'abord, ainsi que l'a très-bien fait observer M. Perrin, les altérations nécroscopiques ne sont pas les mêmes de part et d'autre; secondement, il y a d'autres maladies que le diabète, accompagnées de raréfaction aqueuse, exemple le choléra, et où l'on n'observe pourtant pas de cataracte.

Nous résumant, nous prions donc notre collègue de préciser avec

le plus grand soin les éléments de ses principales observations, eu égard à leur caractère quelque peu exceptionnel.

Maintenant, deux mots encore avant de terminer. Dans l'une de ses observations, M. Perrin a signalé un accident qui semblerait l'avoir ému quelque pcu, accident arrivé dans les premiers jours après l'opération. Nous voulons parler de l'épanchement de sang observé dans la chambre intérieure à la suite d'une douleur éclatant subitement dans l'œil.

Ce petit épisode a pu frapper ceux de nos collègues armés de la longue expérience des méthodes d'extraction classique. Rien, en effet, n'est plus propre à terrifier un opérateur après une kératotomie que l'invasion d'une hémorrhagie s'annonçant par une vive douleur oculaire.

Mais cette circonstance, ou du moins une circonstance semblable, n'a plus la même valeur dans l'incision sclérale où l'hémorrhagie dans la chambre antérieure n'est plus communément qu'un accident sans gravité. Dans cette méthode, la section de l'iris, celle de la couronne veincuse sclérale, peut être presque impunément suivie d'hémorrhagie soit immédiate, soit de quelque temps consécutive. Or, ces sortes d'hémorrhagies sont aussi légères qu'étaient et que sont au contraire terribles celles des parties profondes, fournies sous l'influence de la diminution « *ex vacuo* » de la pression sur les vaisseaux choroïdiens affaiblis ou altérés. Ces dernières appartiennent aux deux méthodes, et sont heureusement rares; quant aux premières, fréquentes dans l'incision linéaire, elles n'ont pas de raison d'être dans la kératotomie simple où la section est exsangue.

Cette remarque nous conduit à demander à notre collègue, non pas son sentiment sur la nouvelle méthode, les quarante-quatre cas opérés par lui témoignant à cet égard de ses tendances, mais les remarques qu'il a pu être conduit à faire sur cette intéressante matière que nous croyons digne d'être plus généralement appréciée de nos collègues.

M. GIRALDÈS. Je dois faire observer que la cataracte glycosurique qui commence par les couches corticales est habituellement molle. Dans cette affection, il n'est pas rare de rencontrer, en outre, des adhérences entre la rétine et la choroïde, ainsi qu'une dépigmentation de cette dernière membrane, indices évidents d'une nutrition incomplète de l'œil.

Pour expliquer ces lésions, il n'est besoin de faire intervenir la présence du sucre dans les humeurs de l'œil, et la faiblesse générale de l'individu suffit parfaitement pour expliquer la dénutrition

de cet organe. Voilà pourquoi aussi la cataracte ne se développe chez les diabétiques qu'à la dernière période ou la période de marasme.

J'ai répété les expériences de Richardson qui consistent à injecter du sucre sous la peau des grenouilles ou à laisser séjourner ces animaux dans une solution de glycose sans jamais arriver à produire des cataractes. On sait, du reste, que M. Cl. Bernard, en injectant une solution de sel marin sous la peau des grenouilles, produisait également des opacités cristalliniennes.

M. PERRIN. — Les cataractes ont été examinées avant et après l'opération. L'un de mes malades avait la cataracte de son âge avec un tout petit noyau grisâtre et des couches corticales très-épaisses. Les deux cataractes dont il était porteur se sont développées rapidement dans l'espace de dix mois.

L'autre malade était diabétique depuis 20 ans et portait sa cataracte depuis 7 ans. A l'examen direct, le cristallin offrait un large noyau bien différent, à coup sûr, de ce qu'on a décrit comme cataracte diabétique. Ici encore c'est l'âge qui imprime à la cataracte sa forme; et si le plus souvent les cataractes diabétiques sont molles, c'est à cause de l'âge relativement peu avancé auquel celles-ci se développent.

Quant aux expériences citées par M. Giraldès, je ne les ai pas répétées, les considérant plutôt comme une curiosité pathologique que comme ayant trait au sujet qui nous occupe, bien qu'en vérité la présence du sucre dans l'humeur aqueuse semble avoir été rencontrée une fois par Knapp.

Pour l'épanchement de sang dans la chambre antérieure, dont j'ai été témoin, je ne sais si le diabète doit en être accusé. Enfin, quant à la question de la valeur comparative des derniers procédés d'opération de cataracte par extraction, posée par M. Giraud-Teulon, je ne suis pas en mesure de répondre, n'étant encore qu'à ma 44e opération de sclérotomie par le procédé de Graefe. Je crois seulement que les présomptions sont en faveur du nouveau procédé, sur lequel je compte entretenir, du reste, la Société plus tard.

COMITÉ SECRET

La Société se réunit en comité secret.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 19 JANVIER 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

M. Alph. Guérin adresse des remercîments à la Société pour l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à présider ses séances.

Le procès verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le *Bulletin de thérapeutique*; — La *Gazette médicale de Strasbourg*; — Le *Sud médical*.

— Docteur Brun-Séchaud (de Limoges) : *De la régénération des os par l'ostéoplastie périosto-médullaire*, 3e et 4e mémoire. Brochure in-8°.

— Damien Merle : *Des cicatrices du cou et de leur traitement*. Thèse inaugurale avec 20 figures.

— Antonin Martin, médecin major : *Mémoire sur l'aphasie et la dysphasie traumatiques*. Brochure in-8°.

— M. Houzé de l'Aulnoit adresse une lettre de remercîments pour son élection à la place de correspondant national.

— M. Cazin (de Boulogne) adresse un travail manuscrit intitulé : *Fistule vésico-vaginale; temporisation; opération par le procédé de Sims. Guérison*. — Renvoyé à une commission composée de MM. Le Fort, Cruveilhier, Tillaux.

Diabète. — M. DEMARQUAY. J'ai été frappé, je l'avoue, des résultats très-avantageux obtenus par M. Perrin chez des cataractés diabétiques. Depuis deux ans, j'ai eu l'occasion d'opérer deux sujets diabétiques atteints d'hydrocèle, et un autre de phymosis. La guérison a eu lieu comme d'habitude, bien que mon opéré de phymosis perdît 65 grammes de glycose par litre d'urine, et fût dans le marasme. Les faits de M. Perrin me paraissent d'autant plus intéressants qu'ils sont de nature à nous rendre plus hardis que par le passé au sujet des opérations de cataracte chez des individus arrivés dans le marasme diabétique.

M. TRÉLAT. Je tiens à faire la remarque qu'il y a une très-grande

différence de gravité suivant qu'il s'agit de phymosis, d'hydrocèle ou même de cataracte ou bien de grands traumatismes proprement dits. C'est pourquoi il faut se garder de tirer trop vite des conclusions générales sur l'influence du diabète à la suite des grandes opérations.

M. BLOT. Lorsqu'en 1849, je soutenais ma thèse inaugurale sur l'albuminurie des femmes enceintes, on confondait ensemble tous les états où il y a de l'albumine dans les urines, sous la dénomination génériquc de maladies de Bright. La même confusion me paraît exister actuellement pour le diabète, qui, considéré à tort comme une affection toujours grave, n'est, dans beaucoup de cas, qu'un accident sans gravité, parfois, même, un état physiologique transitoire, exemple : le diabète des femmes qui allaitent.

M. PERRIN. J'applaudis aux observations judicieuses de M. Blot, mais je ne saurais en faire porter le poids sur les malades dont j'ai retracé l'histoire. Le sucre a été dosé dans chaque cas, et j'ai dit que l'un de mcs malades, atteint de deux cataractes développées rapidement dans l'espace de dix mois, était parvenu dans un état avancé de marasme diabétique. Ce fait, à lui seul, me paraît très-probant au point de vue de la question qui nous occupe.

M. LIÉGEOIS. Je demande la parole pour appuyer les remarques de M. Blot. Je crois, en effet, qu'il y a un diabète physiologique propre aux gens obèses, dont la signification symptomatique n'a rien de fâcheux contrairement à ce qui a lieu pour la glycosurie survenant chez des personnes maigres. J'ai eu l'occasion de soigner douze à treize personnes très-grasses qui étaient dans ces conditions, et bien qu'il y eût du sucre dans leurs urines, les accidents phlegmasiques ou traumatiques dont elles étaient atteintes n'ont pas moins bien guéri pour cela.

M. DEMARQUAY. J'accepte la distinction établie par M. Liégeois, suivant que le diabète est accompagné ou non de consomption. J'ajoute même que le diabète léger peut disparaître momentanément, sans jamais guérir complétement. Je mets à part, bien entendu, le diabète des femmes qui allaitent, signalé tout à l'heure par M. Blot, et sur lequel je n'ai aucune expérience personnelle.

Lithotritie périnéale. — M. TILLAUX. Dans une des précédentes séances, notre collègue, M. Dolbeau, a fait une communication d'un haut intérêt sur une opération nouvelle qu'il désigne sous le nom de *lithotritie périnéale*. La Société l'a écouté avec une vive attention, d'autant plus que cette question était posée pour la pre-

mière fois devant elle. L'ordre de nos séances a forcé d'interrompre la discussion commencée sur cet important sujet. C'est pourquoi je vous demande la permission de la reprendre aujourd'hui. Ce qui m'engage surtout à le faire, c'est que je ne partage pas le sentiment déjà émis à cette tribune par M. Trélat. En effet, l'impression générale qui m'est restée du discours prononcé par notre collègue, c'est que, pour lui, M. Dolbeau a exécuté une opération dont les principaux temps ont déjà été plus ou moins mis en pratique par d'autres chirurgiens; il m'a semblé qu'il voyait surtout une certaine analogie entre la lithotritie périnéale de M. Dolbeau et la taille médiane ou para-raphéale de M. Bouisson. Je me propose d'exposer les motifs qui me font être d'un avis asbolument opposé à celui de M. Trélat.

J'essaierai de résoudre les trois questions suivantes :

1° L'idée de la lithotritie périnéale est-elle une idée nouvelle?

2° L'exécution de cette idée appartient-elle entièrement à M. Dolbeau?

3° Quelle est la valeur de la lithotritie périnéale?

1° L'idée de la lithotritie périnéale est-elle nouvelle? Non, certes; elle est si ancienne, que le surnom de lithotomiste avait été donné, au dire de Celse, à Ammonius, qui brisait les pierres par le périnée. Elle a été formulée de nouveau par Jean des Romains. Mais de là à l'exécution, il y avait loin, et il faut bien reconnaitre que, jusqu'à ces dernières années, il n'en était plus fait mention : c'est, du reste, ce que M. Dolbeau a lui-même établi dans son *Traité de la pierre*.

2° La lithotritie périnéale constitue-t-elle une opération nouvelle, appartenant entièrement à M. Dolbeau? L'examen des différents temps dont elle se compose va nous permettre de résoudre cette question. Notre collègue vous les a exposés ici en détail, je ne les décrirai donc pas, me contentant de vous rappeler qu'on peut les rapporter à trois : 1° Incision des téguments; 2° dilatation des parties molles du périnée, y compris le col de la vessie; 3° fragmentation et extraction des fragments.

M. Dolbeau pratique sur la ligne médiane une incision ne mesurant que 2 centimètres en hauteur, et se terminant en bas sur le liséré de l'anus; puis déprimant la paroi rectale, il agit dans l'angle inférieur de cette plaie, en sorte que son bistouri traverse l'entrecroisement des fibres musculaires du sphincter externe, du bulbo caverneux et du transverse du périnée. Ce n'est pas en réalité une incision qu'il fait, mais bien plutôt une simple ponction, destinée à permettre l'introduction du dilatateur. Eh bien, messieurs, j'avoue

n'avoir trouvé dans aucune autre méthode de taille une incision semblable, ni même analogue. C'est ainsi que Jean des Romains pratiquait une incision verticale sur le côté gauche du raphé, étendue de la racine du scrotum à l'anus; l'incision faite par M. Bouisson n'y ressemble pas davantage; si je prends, par exemple, la dernière des observations publiées par ce chirurgien, je trouve ceci: «je divisai les téguments et les couches sous-cutanées à l'aide d'un bistouri droit sur le côté gauche du raphé, parallèlement à celui-ci et dans l'étendue de 4 centimètres, de manière à terminer à 1 centimètre au-devant de l'anus. »

Dans d'autres observations, par exemple la 10ᵉ, je trouve : « Je pratiquai une incision latéro-raphéale dans l'étendue de 3 centimètres, depuis la racine des bourses jusqu'en avant de l'anus, etc. »

Je ne prétends pas, messieurs, que l'incision faite par M. Dolbeau soit préférable aux autres, l'avenir jugera; mais il est manifeste qu'elle ne leur ressemble en rien, si ce n'est qu'elle est comme elles périnéale.

S'il pouvait y avoir doute pour le premier temps, il ne saurait y en avoir pour le second, le temps de la dilatation. Ce n'est pas dans les tailles modernes qu'il faut chercher la comparaison, puisque dans aucune on ne dilate. M. Dolbeau vous a décrit la manœuvre qu'il exécute, il vous a décrit son dilatateur; il est donc superflu de vous démontrer qu'il agit tout différemment de Jean des Romains et des Colot. Ces chirurgiens n'obtenaient, en effet, qu'une dilatation suivant un des diamètres du col, tandis que M. Dolbeau obtient une dilatation circulaire en rapport exact avec la dilatabilité normale du col vésical. Mais ce ne serait là qu'une modification, qu'un perfectionnement. Ce qui caractérise essentiellement ce temps dans la méthode de notre collègue, c'est que sa dilatation ne porte pas seulement sur le col de la vessie, mais encore sur toutes les parties molles du perinée, depuis la peau jusqu'à la muqueuse. Il produit par *refoulement des tissus*, et non par incision, un véritable canal périnéal; canal régulier, cylindrique, limité par les parois distendues de l'urètre et du col. Ceci apparaissait avec la dernière évidence sur la coupe d'un sujet congelé et préalablement opéré par M. Dolbeau à l'amphithéâtre des hôpitaux.

Une fois la ponction faite aux téguments jusqu'au cathéter, M. Dolbeau abandonne l'instrument tranchant; or, vous savez, messieurs, ce que fait M. Bouisson; se servant tantôt du lithotome de frère Côme, tantôt d'un simple bistouri, à la manière de Maréchal, il divise le col de la vessie au niveau du rayon postérieur de

la prostate. Dans sa dernière observation, M. Bouisson « incise le col avec le bistouri; il divise la prostate de manière à ne pas dépasser sa faible épaisseur antéro-postérieure et, par conséquent, en respectant le rectum. »

Je suis loin de faire le procès à la pratique de M. Bouisson, mais il faut bien reconnaître qu'elle est l'antipode de celle de M. Dolbeau, puisque notre collègue pose comme *précepte fondamental* qu'on ne doit *jamais* inciser le col de la vessie.

Le troisième temps de la lithotritie périnéale présente-t-il plus de similitude que les précédents avec les méthodes déjà connues? Je ne le pense pas. Il suffit de rappeler que si Jean des Romains avait posé le précepte de fragmenter les pierres trop grosses pour franchir le col dilaté, il ne le mettait en pratique qu'après avoir fait de violents efforts pour obtenir la pierre entière; et même, on oublia bientôt ce précepte, puisque les Colot, continuateurs de sa méthode, ne la suivaient plus. Aussi la taille latéralisée de frère Jacques, malgré ses grandes imperfections, fut-elle considérée comme un progrès, puisqu'elle mettait à l'abri des déchirures profondes et même des arrachements du col, qu'on reprochait au grand appareil de Marianus. M. Dolbeau, au contraire, *fait une règle absolue de toujours fragmenter la pierre* avant de l'extraire, afin de conserver intègre le col vésical, ce qu'a démontré la pièce pathologique mise par lui sous nos yeux.

De ce qui précède ressort évidemment, messieurs, que la lithotritie périnéale constitue une méthode nouvelle appartenant entièrement et dans toutes ses parties à M. Dolbeau.

Quant à la troisième question, à savoir quelle est la valeur de la lithotritie périnéale, il ne me paraît pas possible de la résoudre dès à présent. Certes, la statistique apportée par M. Dolbeau est magnifique, mais ainsi que l'ont fait remarquer MM. Giraldès et Després, d'autres statistiques plus brillantes encore que celle de notre collègue ont déjà été fournies à l'aide de méthodes différentes. Toutefois, s'il était permis d'invoquer la théorie dans une question toute de pratique, je dirais que l'opération proposée par M. Dolbeau doit l'emporter sur les autres.

En effet, par une incision petite, médiane et limitée aux parties superficielles du périnée, l'hémorrhagie est moins à craindre. L'intégrité du col de la vessie et des plexus veineux prostatiques éloigne les chances de phlébite, d'infection purulente, ainsi que de l'infiltration urineuse. Mais, je le répète, à l'avenir appartient de juger la nouvelle méthode imaginée par M. Dolbeau.

J'ajoute, en terminant, qu'un malade opéré à Saint-Antoine par cette méthode, dans le service de mon ami M. Labbé, a succombé ; mais je pense que notre collègue vous rendra compte lui-même de cette opération nécessitée par la présence d'une pierre énorme, et dont l'exécution a été d'une extrême difficulté, tant par le volume que par la dureté du calcul. Je dirai seulement qu'à l'autopsie, le bulbe a été trouvé touché, et le col de la vessie éraillé par les fragments extraits du calcul.

M. GIRALDÈS. Je me suis suffisamment exprimé, dans une précédente séance, au sujet de l'opération de M. Dolbeau, pour que je n'aie pas besoin d'y revenir. Si je demande la parole, c'est uniquement pour rappeler à M. Tillaux, qui a parlé de la grande incision de Jean des Romain et de la déchirure du col de la vessie par les fragments de calculs, que Jean des Romain n'a rien écrit et que nous ne connaissons le procédé que par son élève Marianus Sanctus.

Dans le procédé de Marianus, l'incision, loin d'intéresser le périnée dans une grande étendue, comme l'a dit M. Tillaux, n'était, au dire de Jean des Romains, que de la grandeur de l'ongle. Ensuite, Marianus, loin de s'exposer à déchirer le col de la vessie en essayant de broyer la pierre et d'en extraire les morceaux, cherchait au contraire à faire sortir le calcul en entier.

Du reste, avant toute tentative d'extraction, il dilatait le col à l'aide d'un instrument *imparfait* sans doute, mais enfin, il le dilatait.

M. TRÉLAT. Je n'ai jamais voulu soutenir que l'opération de M. Dolbeau ne fût autre chose que la vieille opération de la taille médiane, et je n'ai point ménagé à l'auteur les éloges pour les perfectionnements qu'il a su apporter à son procédé de lithotritie périnéale. Tout ce que j'ai voulu faire a été de rechercher les points d'analogie et de dissemblance avec ce qui était déjà connu, et c'est alors que j'ai cité les opérations de M. Bouisson.

M. Tillaux affirme que M. Bouisson, en procédant comme il a fait, a dû, de toute nécessité, couper le bulbe ; qu'il me permette d'être moins affimatif que lui, et lorsqu'un homme de la valeur de M. Bouisson me dit s'être mis en garde contre une lésion du bulbe et l'avoir évitée je ne puis, jusqu'à preuve contraire, admettre qu'il a dû nécessairement se tromper.

J'accepte avec M. Tillaux que la dilatation du col de la vessie soit un perfectionnement, mais je ne saurais lui accorder en même temps que M. Bouisson divise le col de la vessie en totalité. Cet auteur dit expressément, en effet, qu'il limite l'incision à la partie membraneuse de l'urètre et au commencement de la prostate.

A ce propos, j'avais rappelé la pratique de M. Borelli, discutée dans cette enceinte même, par plusieurs de nos collègues, lorsque ce chirurgien était venu soutenir l'importance qu'il y avait à éviter toute incision du col de la vessie.

Je suis de l'avis de M. Tillaux lorsqu'il dit que ce qui caractérise surtout l'opération de M. Dolbeau, c'est qu'il pratique le broiement de la pierre, dans tous les cas et quel que soit le volume de celle-ci.

Quant à la valeur de l'opération, j'ai conclu, comme M. Tillaux le fait en ce moment, à savoir qu'il faut attendre avant de se prononcer.

En résumé, je suis d'accord avec M. Tillaux sur presque tous les points, et si, dans une précédente séance, j'ai pris la parole, c'était pour rechercher la mesure de la part qui revenait à notre collègue, M. Dolbeau, et non pour nier cette part. M. Tillaux, en partant des mêmes données, mais en se plaçant à un autre point de vue que moi, arrive à des conclusions différentes, et comme j'ai suffisamment donné mes raisons, je n'y reviendrai point, et je me bornerai à constater la différence qui existe entre nous.

M. TILLAUX. Si j'avais cru être d'accord avec M. Trélat, je n'aurais pas demandé de prendre la parole; mais il m'avait semblé, et il me semble encore que ses conclusions étaient différentes des miennes; puisque, d'après notre collègue, le procédé de M. Dolbeau ne serait qu'un perfectionnement apporté à l'opération de MM. Boulsson, tandis que, pour moi, il en diffère essentiellement, ainsi que j'ai cherché à le prouver.

LECTURE

M. LANNELONGUE lit un travail intitulé : *De la réduction des hernies à l'aide de la compression exercée sur le pédicule des parties herniées par l'intermédiaire des parois de l'abdomen.*

Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Giraldès, Chassaignac et Labbé.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 26 JANVIER 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : *L'Art dentaire ;* — Le *Bulletin médical du nord de la France.*

— *Prothèse du pauvre; le bras artificiel agricole,* par le docteur Gripouilleau. — Broch. in-8° avec planches, Tours, 1870.

— *Rapport sur un mémoire de M. Larrey, sur la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques de la tête,* par le docteur Larivière, médecin principal. — Broch. in-8°.

— Le docteur Ollivier Paul adresse, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Sur les tumeurs osseuses des fosses nasales et des sinus de la face.*

— *Note sur l'ulcère tuberculeux de la bouche et en particulier de la langue,* par M. U. Trélat. — Broch. in-8°.

— M. Mourlon, médecin militaire, adresse une lettre de candidature au titre de correspondant national et envoie en même temps une observation : Rupture musculaire du petit palmaire... Excision du tendon. Guérison. — Renvoyé à la commission déjà nommée : MM. Larrey, Dolbeau, Forget.

— M. Joüon remercie la Société de sa récente élection au titre de correspondant national.

— M. René Blache écrit une lettre au président pour le prévenir que Paul Guersant, son oncle, a fait à la Société un legs mis à sa disposition.

DÉCLARATION DE VACANCE

M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire.

DISCUSSION.

Lithotritie périnéale. — M. TILLAUX. Messieurs, dans la dernière séance, M. Giraldès m'a fait plusieurs objections auxquelles je

n'ai pas répondu, car il s'agissait de questions historiques, et la vaste érudition de notre collègue fait qu'on hésite à aborder de mémoire avec lui une discussion sur ce terrain. J'ai donc eu recours au *libellus aureus* de Marianus Sanctus, et c'est avec le texte même de cet auteur que je vais répondre.

M. Giraldès m'a reproché quatre erreurs :

1° D'attribuer à Jean des Romains, la taille par le grand appareil qui appartient à Marianus Sanctus ;

2° De prétendre qu'à l'origine du grand appareil, on avait proposé de briser la pierre par le périnée ;

3° D'avoir dit à tort qu'on avait reproché à la taille de Marianus, des désordres considérables, tels que l'arrachement du col de la vessie par exemple ;

4° Enfin, et ce reproche est le plus grave, car il concerne un des points importants du procédé opératoire, d'avoir méconnu la véritable incision de Marianus, puisque loin de présenter la dimension que je lui accordais, elle n'avait qu'une longueur égale à la largeur de l'ongle du pouce.

1° Bien qu'on ait appelé *methodus Mariana*, la taille par le grand appareil, il ne s'en suit pas qu'elle n'ait été inventée par Jean des Romains — la preuve en est facile — dans la préface de son *libellus*, Marianus s'exprime ainsi : « *Meo preceptore, Joanne de Romanis Cremonensis, à quo hanc artem sum edoctus.* » C'est donc avec raison que l'on dit indifféremment, taille de Jean des Romains, taille de Marianus Sanctus.

2° La lithotritie périnéale avait été si bien préconisée à cette époque, qu'un instrument spécial avait été construit pour cela, le *frangens*. Marianus l'avait vu pratiquer par son maître, car dans le chapitre XII, intitulé : « *de frangente in curam non admittendo,* » Marianus dit que c'est là une manœuvre difficile, longue et dangereuse : « *ab ipso magistro* » faite par le maître lui-même. Aussi la rejette-t-il, à cause du peu de confiance que lui inspiraient les chirurgiens de son temps : « *Cum hac in nostrâ tempestate audaciores magis quam doctiores sint homines.* » Jean des Romains avait donc conçu et exécuté la lithotritie périnéale ; la tenette dite *casse-pierre*, d'Ambroise Paré, figurée partout, ne pouvait avoir d'autre but.

3° Ai-je prétendu à tort qu'on avait reproché au grand appareil de graves désordres ? Voici ce qu'en dit Deschamps (*Traité de la taille*, t. II, p. 61) « Quant à la dilatation, on ne sera point étonné qu'elle ait occasionné la plupart du temps lès accidents les plus graves ; il devait, en effet, en résulter des douleurs vives et longues, des con-

tusions, des meurtrissures, des déchirements, la séparation du col d'avec la prostate, celle de celle-ci même d'avec la vessie, comme l'a observé Bertrandi, la rupture des ligaments qui unissent cette glande au pubis. »

La quatrième objection que m'a faite M. Giraldès, est plus importante que les précédentes, mais il est tout aussi facile d'y répondre et de montrer à notre collègue qu'il a lui-même fait erreur. Marianus donne-t-il à l'incision des téguments une dimension en longueur égale à la largeur de l'ongle du pouce, ainsi que notre collègue l'a répété ici plusieurs fois ?

J'avoue, qu'*à priori*, cette assertion m'avait paru peu vraisemblable ; en effet, M. Dolbeau fait au périnée une bien petite incision, 2 centimètres, mais nous savons pourquoi, il n'extrait la pierre qu'après l'avoir fragmentée.

Eh bien, l'incision conseillée par Marianus serait plus petite encore, la largeur de l'ongle du pouce étant de 15 millimètres à peu près, et remarquez que Marianus, rejetant l'usage du *frangens*, devait avoir la prétention de faire sortir dans toute leur intégrité, par une plaie de 15 millimètres, les calculs de la vessie ! Evidemment, si telle avait été sa pensée, sa méthode n'aurait pas traversé les siècles, car elle est absolument impraticable ; — mais il n'en est pas ainsi.

Voici le passage de Marianus relatif à ce point :

Après avoir indiqué les inconvénients qu'il y a, selon lui, à faire une incision transversale d'après la méthode de Celse : « *Igitur ne in talem errorem valeamus, fiat incisio secundum longitudinem, et eousque novacula imprimetur, donec operator ipsam in cavum, quod in convexitate est itinerarii, penitùs elapsam censerit, ibique parum secet ad hoc ut superficies canalis interior resecetur. Cujus longitudo sit ad unguis pollicis latitudinem aut parum plus.*

Il est clair comme le jour que cette incision, longue comme la largeur de l'ongle du pouce, s'applique au temps opératoire dont l'auteur vient de parler immédiatement avant, c'est-à-dire à l'incision du canal, et non pas à celle de la peau.

M. GIRALDÈS. M. Tillaux, après avoir médité le texte de Marianus Sanctus, qu'il ne connaissait jusqu'ici que par des extraits, vient répondre aujourd'hui aux observations que je lui avais adressées dans la dernière séance ; qu'il me permette à mon tour de corriger ses corrections.

J'avais dit que Jean des Romains n'avait rien écrit, et que c'est à son élève Marianus Sanctus qu'il fallait rapporter la description de

la taille par le haut appareil. Comme M. Tillaux en convient, je passe aux autres points en litige entre nous.

M. Tillaux accuse l'auteur du grand appareil d'avoir fort souvent dilacéré le col de la vessie en cherchant à extraire de vive force les fragments de calcul. Or, je disais, et je le répète, que, loin de chercher à broyer les calculs, Marianus Sanctus, dans son chapitre : *De frangente in curam non admittendo*, repousse énergiquement la fragmentation de la pierre, et plaisante même Celse et tous ceux qui en avaient parlé.

A l'objection que l'incision périnéale de Marianus, loin d'intéresser toute la longueur du périnée, n'avait pas plus d'étendue que la largeur de l'ongle du pouce, M. Tillaux répond en disant que j'ai mal interprété le texte, et que ce que j'avais dit pour le périnée se rapportait uniquement à l'incision de l'urèthre. Je soutiens à mon tour que l'interprétation donnée au texte latin par notre collègue est inexacte, et je pourrais citer à l'appui de mon dire, l'opinion d'un homme bien compétent, à coup sûr, de Malgaigne, qui, dans ses annotations d'A. Paré, ne traduit pas ce passage autrement que moi.

M. TILLAUX. J'ai fait lire le passage à des latinistes compétents qui tous, m'ont déclaré que la phrase en question se rapportait bien à canal de l'urètre et non au mot périnée.

LECTURE.

Opération de la taille par l'écrasement linéaire. — M. CHASSAIGNAC. Lorsque, dans la séance du 7 octobre 1863, je vins soumettre, à la Société de chirurgie, le résultat de mes premières opérations de taille par l'écrasement linéaire, plusieurs de mes honorables collègues m'adressèrent des objections qu'il était bien difficile d'apprécier à leur juste valeur.

Les chirurgiens qui prirent la parole dans cette discussion, parlaient de la taille par écrasement, comme on peut parler d'une opération qu'on n'a jamais pratiquée, qu'on n'a jamais vu pratiquer, dont on n'a pas directement observé les suites heureuses ou malheureuses.

Mais enfin, comme, à part l'opération en elle-même, les chirurgiens qui s'occupaient de la question, avaient une compétence profonde en tout ce qui touche à la taille considérée d'une manière générale, il n'y avait pas moyen de passer outre à ces objections;

il fallait en tenir compte, voir ce qu'elles avaient de fondé, et c'est ce que j'ai fait.

Quelles sont ces objections ; c'est particulièrement à l'argumentation de notre honorable collègue M. Dolbeau que je les emprunte, et, quoique formulées avec la convenance, je dirai même avec la bienveillance, que M. Dolbeau apporte dans ses communications, elles ne manquaient ni de verdeur, ni d'une certaine nuance de sévérité.

M. Dolbeau redoutait pour la taille recto-urétrale par écrasement linéaire, les inconvénients et les dangers que voici : 1° la transformation de la plaie d'écrasement en fistule difficile à guérir ; 2° la difficulté du manuel opératoire ; 3° la blessure du bulbe urétral ; 4° l'infection purulente ; 5° la section du sphincter anal.

M. Broca ajouta aux inconvénients ci-dessus la blessure probable des deux canaux éjaculateurs.

Eh bien, messieurs, je suis aujourd'hui en état de résoudre ces objections. Je possède 13 observations et je vous présente 13 calculs, dont quelques-uns sont d'un volume considérable.

Sur ces 13 observations, 11 ont pour sujets des adultes, 1 a été recueillie sur un enfant, l'autre chez une femme.

Sur les 13 opérés, je n'en ai perdu qu'un seul, et si je ne craignais de paraître vouloir exonérer l'opération du rôle qu'elle a pu jouer dans le résultat final, j'insisterais sur la présence d'une suppuration rénale, qui n'est pas totalement imputable à mon opération.

Je dois dire qu'à la suite des objections qui me furent adressées, je modifiai mon opération primitive dans laquelle je m'attachais à intéresser la prostate dans une grande partie de son diamètre médian, pourvu que je ne sortisse pas de ce diamètre. Je modifiai l'opération en ce sens, que sans me rendre compte de tout ce que nous a appris M. Dolbeau au sujet de la dilatation du col vésical, je m'appliquai à n'intéresser le tissu de la prostate que dans une très-faible étendue.

Je reviens aux objections pour les réfuter en deux mots. Sur mes treize opérés, je n'ai pas eu un seul cas d'hémorrhagie, d'infection purulente, d'infiltration urineuse ou d'abcès pelvien.

Je n'oserais affirmer que le bulbe a toujours été respecté, mais l'immunité anti-hémorrhagique due au procédé par écrasement, nous a constamment mis à l'abri de ce côté.

Les faits publiés dans les thèses de mes internes, MM. Servoin et Brun, offrant la confirmation de ce que j'avance, sont en eux-mêmes, la meilleure réfutation des objections principales, je n'ai

plus qu'à m'occuper que de quelques autres objections d'une importance moindre, parce que rien en elles ne se rattache à la question de vie ou de mort.

Ces objections sont relatives à la difficulté du manuel opératoire, à la section du sphincter anal, à la lésion des canaux éjaculateurs et enfin à la persistance de fistules urétrales.

La difficulté du manuel opératoire, la section du sphincter anal, permettez-moi de ne pas m'y arrêter. Il n'y a peut-être pas un seul procédé de taille, qui soit d'une exécution aussi facile et aussi simple que celui de l'écrasement linéaire recto-urétral. D'un autre côté, vous savez ce qu'il advient journellement de la section du sphincter anal. Il n'en est pas de même de la lésion chirurgicale des canaux éjaculateurs et de la persistance fistuleuse de la plaie produite par écrasement.

A la première de ces objections, je répondrai par le résultat des nombreuses expériences cadavériques mentionnées dans la thèse du docteur Brun. Expériences qui ont fait voir que le tracé de la chaîne, n'intéressait jamais qu'un seul des deux canaux éjaculateurs, ce qui arrive presqu'inévitablement avec l'emploi du bistouri.

Mais là où les prévisions de notre honorable collègue M. Dolbeau, ont le plus approché de la réalité, c'est dans l'annonce faite par lui qu'il y aurait des fistules plus ou moins durables, pas d'incurables; car, depuis les progrès de l'application des sutures, — progrès dus à la chirurgie américaine, — je ne connais aucune fistule incurable dans la région anale et périnéale.

Eh bien, messieurs, cette objection, la seule qui ait touché juste a une valeur réelle, et dans aucune de mes opérations, je n'ai eu de ces réunions primitives ou du moins à très-courte échéance, dont M. Dolbeau et M. Bouisson dans la taille médiane faite par le bistouri, ont eu enregistrer des exemples.

En vous entretenant de la taille par écrasement linéaire, j'ai eu surtout en vue de faire comprendre que ce procédé opératoire, offrait des immunités qu'aucun autre procédé de taille sous-pubienne n'a jamais données, et que dès lors au lieu de s'évertuer à créer avec des précautions extrêmes, un trajet fort étroit en arrière du bulbe urétral, dont tous les chirurgiens s'accordent à regarder la lésion comme fâcheuse, il vaudrait beaucoup mieux recourir à un procédé qui, permettant de négliger toute préoccupation à l'endroit de la blessure du bulbe, donnerait un accès facile à la région prostatique et au col de la vessie, soit pour user surtout de la dilata-

tion quand elle est possible à un degré suffisant, soit pour morceler à travers le col vésical dilaté, le calcul qu'on extrait alors par fragments plus ou moins volumineux.

Je ne veux plus m'arrêter maintenant que sur deux points, au sujet desquels il importe de bien déterminer les principes de la taille périnéale.

Il faut tracer une ligne de démarcation profonde entre la taille faite chez l'enfant et la taille faite chez l'adulte et le vieillard.

Ces conditions anatomiques de l'opération sont totalement différentes. Chez l'enfant, le développement rudimentaire de la prostate permet au col vésical une dilatabilité excessive qui rend très-favorable tout procédé qui emprunte son principal avantage à la dilatation du col.

Chez l'adulte et chez le vieillard, la dilatation du col sans entamure du tissu de la prostate peut bien aller jusqu'à faciliter les manœuvres de la lithotritie périnéale, mais ne saurait permettre la sortie d'un calcul tant soit peu volumineux sans nécessiter des violences de traction beaucoup plus fâcheuses que ne le sont les divisions du tissu prostatique, surtout quand elles sont faites par l'écrasement linéaire.

Si par opération de taille on entend une opération qui sans fragmentation préalable de la pierre, permette de retirer des calculs d'un volume sérieux, je dis que la taille médiane, sans entamer le tissu de la prostate et en se bornant à la simple dilatation après la courte incision qui est limitée dans l'espace compris entre le bulbe et l'orifice anal, est un procédé de taille qui n'est applicable qu'à l'enfant et qui est mauvais pour l'adulte et le vieillard.

Ce n'est qu'en le corrigeant par la lithotritie périnéale qu'il peut rendre des services réels.

Que la lithotritie périnéale sans perdre aucun de ses avantages, pourrait être rendue plus facile dans son exécution par l'emploi de l'écraseur linéaire substitué au bistouri dans le premier temps de l'opération.

Et enfin que la taille médiane et toute autre espèce de taille, quand il s'agit des calculs les plus volumineux qu'on puisse retirer par la région périnéale, est de beaucoup inférieure à la taille recto-urétrale pratiquée par l'écrasement linéaire.

Après cette lecture, M. Chassaignac montre à la société des calculs extraits avec succès par cette *méthode*.

M. LABBÉ communique l'observation suivante :

Calcul vésical énorme faisant saillie vers le rectum et vers l'hypogastre. — Lithotritie périnéale. — Mort. — Le 7 décembre 1869, est entré dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, le nommé Arnoud (Pierre), âgé de 70 ans.

D'après les renseignements fournis par le malade, les premiers troubles de la miction remontent à une dizaine d'années. — De douleurs vives, il n'en a jamais eu, pas plus que de l'hématurie ; seulement, depuis quelques semaines il ne peut plus garder ses urines. — Le cathéterisme, soit seul, soit combiné avec le palper hypogastrique ou le toucher rectal, nous permit de constater la présence d'un calcul très-volumineux dans le réservoir urinaire qu'on ne pouvait songer à attaquer dès lors par la lithotritie urétbrale.

Il fallait nécessairement songer à faire l'extraction par une voie artificielle. Je pensai un moment à pratiquer la taille hypogastrique, mais le volume même du calcul me fit craindre de ne pouvoir terminer cette opération avec toute facilité. Songeant alors aux beaux succès obtenus par le morcellement des pierres à la suite des incisions périnéales, je fus disposé à diriger mon opération dans ce sens, et je résolus de pratiquer l'opération décrite dans ces dernières années par M. Dolbeau. J'espérais rencontrer une pierre d'une consistance moyenne, et je pensais qu'il me serait possible de faire bénéficier mon malade de l'application de la litbotritie périnéale.

Notre collègue, M. Dolbeau, voulut bien venir examiner mon malade, et après avoir constaté les dispositions signalées plus haut, il consentit à me prêter son concours pour exécuter l'opération.

Celle-ci fut pratiquée le 21 septembre 1869, à dix heures du matin.

Le malade étant préalablemnt soumis à l'anesthésie chloroformique, un cathéter fut introduit dans la vessie et maintenu en position convenable. L'incision de la peau commencée à deux centimètres et demi au-devant de l'anus, fut conduite jusqu'à cinq millimètres en avant de cet orifice,

La division couche par couche des tissus permit de sentir la rainure du cathéter. L'incision de la portion membraneuse de l'urèthre fut alors pratiquée, mais pour qu'elle fût complète je dus revenir plusieurs fois à l'usage du bistouri. J'introduisis alors le dilatateur de M. Dolbeau, et je pratiquai la dilatation en suivant très-exactement les règles posées par ce chirurgien. Lorsque la dilatation fut jugée suffisante, des tenettes puissantes, destinées à briser le calcul furent produites jusque dans l'intérieur du réservoir urinaire. Je pus saisir la pierre assez facilement, mais je dus me convaincre

bien rapidement qu'en déployant toute la force dont je pouvais disposer, il m'était impossible de faire éclater la pierre; M. Dolbeau voulut bien tenter la manœuvre, mais ce fut inutilement et un instant nous pûmes croire que tous nos efforts échoueraient. De nouvelles tentatives furent faites par M. Dolbeau et moi concurremment, et enfin M. Tillaux nous succéda, et après avoir développé une force considérable, parvint à faire éclater le calcul.

Ce premier résultat nous fit prévoir pour le reste de l'opération de grandes difficultés. De nouvelles tentatives pour obtenir un morcellement plus complet furent faites et elles durent être renouvelées un si grand nombre de fois, que l'opération dura deux heures et un quart. Pendant tout ce temps le malade fut maintenu dans un état à peu près complet d'anesthésie. La multiplicité et le volume des fragments que je mets sous vos yeux, la consistance de ces mêmes fragments rendent facilement compte des difficultés que l'on a dû éprouver pour terminer l'opération. Tous les fragments réunis ont à peu près le volume du poing d'un adulte de force moyenne, et l'on peut, par une appréciation approximative, établir que la pierre de notre malade pouvait avoir dans son plus grand diamètre une longueur de 12 à 13 centimètres. Cette notion correspond d'ailleurs d'une manière assez précise à celle qui avait été fournie pendant l'examen clinique à l'aide du palper hypogastrique combiné avec le toucher rectal. Le poids du calcul est de 131 grammes.

Les suites de l'opération furent en apparence simples et le pouls se maintint à 70 jusqu'à la mort du malade, qui survint inopinément vers les 11 heures de la nuit.

L'autopsie fût pratiquée le 23 décembre à 10 heures du matin, 38 heures après la mort.

Voici ce qu'elle révèla: le rectum était parfaitement intact; quand au bulbe il avait été incontestablement atteint dans une petite étendue, et le col de la vessie sous l'influence des tractions considérables exécutées pendant l'extraction des fragments avait été déchiré dans plusieurs points; ces déchirures avaient été causées en grande partie par suite de l'engorgement des tenettes. La muqueuse de la vessie avait été saisie par les tenettes et était lacérées dans quelques points.

Les reins présentaient dans plusieurs endroits un état de dégénérescence graisseuse assez prononcée.

L'examen des poumons, du cœur ne nous révèle rien de particulier.

Nous ouvrîmes la cavité crânienne, et là, nous rencontrâmes des

lésions importantes. Il existait sur toute la surface de l'encéphale, un épanchement séreux sous-arachnoïdien très-considérable, exagéré en quelque sorte, qui, très-certainement, avait dû amener un degré énorme de compression du cerveau. Lorsque nous eûmes donné issue au liquide, nous vîmes toutes les veines gorgées de sang et distendues.

En présence d'une lésion aussi caractérisée, nous avons été tenté de rattacher la mort subite à cet épanchement séreux; mais sous quelle influence celui-ci s'est-il développé ? Doit-on établir une relation immédiate entre son apparition et l'opération elle-même et ses suites? Ne pourrait-on pas voir dans ce cas, un accident éloigné d'une chloroformisation très-longtemps prolongée ? Cette question me paraît pour mon compte trop difficile à résoudre, et les éléments de jugement ne me paraissent pas suffisants, pour que je veuille la trancher. Je me borne à soumettre cette hypothèse à votre appréciation.

M. LEGOUEST. — Lors de la communication faite par M. Dolbeau sur la lithotritie périnéale, notre collègue nous a montré la pièce anatomique d'un de ses opérés qui, bien que mort, par suite d'une cause étrangère à l'opération, n'offrait pas moins un abcès pelvien placé sur l'un des côtés de la vessie.

Il me paraît plus qu'évident que de semblables abcès doivent être rattachés aux manœuvres prolongées et répétées dans l'intérieur du réservoir urinaire, alors surtout que le volume et la dureté du calcul rendent, comme dans le cas de M. Labbé, le broiement de la pierre interminable. Je crois, pour ma part, que cette opération est peu applicable aux gros calculs qui nécessitent une chloroformisation de deux heures et demie et l'introduction réitérée d'instruments dans la vessie, pendant un temps aussi long.

En pareilles occurences, il faut donner la préférence au haut appareil, surtout si on lui combine la boutonnière périnéale.

M. CHASSAIGNAC. — Je verrai avec regret abandonner trop facilement la taille hypogastrique, d'autant plus que si le volume du calcul s'oppose à la libre sortie de celui-ci, il n'y a rien de plus facile que de le casser rapidement en deux ou trois gros morceaux.

COMMUNICATION

Opération césarienne. — M. TARNIER. J'ai eu l'occasion de faire jusqu'ici deux fois l'opération césarienne, et les deux fois la

mort s'en est suivie. Comme je pourrais être appelé d'un jour à l'autre à faire une troisième opération de ce genre, je me suis demandé si l'on ne pourrait modifier avantageusement le procédé classique et en faire disparaître autant que possible les inconvénients.

Pour introduire plus de clarté dans ce que j'aurai à dire, je demande la permission de m'arrêter successivement sur chacun des trois grands accidents de l'opération qui sont : l'hémorrhagie, la hernie de l'intestin et l'épanchement de liquides septiques dans le péritoine.

Hémorrhagie. — La perte de sang est due principalement à la section des parois utérines, et cette hémorrhagie est surtout à craindre alors que le placenta se trouve inséré sur la paroi antérieure de l'utérus, ainsi que cela est arrivé dans les deux cas que j'ai eu à opérer. — Outre la perte d'une grande quantité de sang, l'hémorrhagie devient surtout funeste alors qu'après l'extraction du fœtus, l'utérus se rétracte, s'éloigne de la paroi abdominale, et le sang, au lieu de se déverser au dehors, s'épanche dans la cavité péritonéale.

Hernie de l'intestin. — Pour éviter cette hernie, ainsi que l'épanchement de sang dans le péritoine, un aide se trouve chargé d'appuyer sur l'abdomen, de façon à en appliquer exactement les parois contre le globe utérin. Malgré cela, il devient fort difficile d'empêcher les anses intestinales de faire hernie au dehors.

Épanchement des liquides septiques dans le péritoine. — Une fois l'opération terminée, on applique une suture à la paroi abdominale seule, à l'exclusion de l'utérus, ce qui expose à un troisième accident, l'épanchement des lochies et du pus dans la cavité du péritoine.

En exposant les modifications que je crois nécessaire d'introduire dans le procédé de Levret, je serai très-heureux d'avoir l'opinion éclairée de mes collègues, surtout avant de me décider à répéter une opération qui ne m'a donné jusqu'ici que des revers.

Dans le procédé de Lebas et Lauverjat, on a cherché à obvier à l'un des trois accidents que nous avons signalés, à savoir : la pénétration du liquide lochial et purulent dans la cavité péritonéale, en pratiquant pour cela la suture utérine.

Dans mes premières opérations, j'ai imité ces auteurs, mais je dois ajouter que la suture de l'utérus m'a paru, dans ces conditions, d'une exécution difficile, outre que la grande épaisseur des parois de l'organe fait que les bords de la solution de continuité arrivent bien à se toucher en arrière, mais restent béants en avant; de là la

possibilité d'un épanchement de sang dans le péritoine, et plus tard du pus sécrété par la plaie.

Martin, de Berlin, a imaginé de faire la suture utéro-pariétale. Il réunit pour cela chacune des lèvres de la solution de continuité utérine à la lèvre correspondante de l'incision abdominale.

Le but que l'auteur s'est proposé a été d'empêcher ainsi le liquide lochial d'arriver dans le péritoine.

Une modification, qui, je l'avoue, m'avait séduit, est celle de Lestoquoi, d'Arras. Ce chirurgien incise l'utérus en laissant les membranes intactes; à ce moment il fait la suture utéro-pariétale, puis déchire l'œuf, retire le fœtus, et laisse la surface interne de l'utérus suppurer à ciel ouvert, sans crainte que du sang, et plus tard, du pus ou des lochies, se déversent dans le péritoine. La hernie de l'intestin est aussi évitée. A l'aide de ce procédé, son auteur a obtenu un succès, et chez ma seconde opérée j'avais l'intention de l'appliquer en tout point, si une hémorrhagie à flots provenant de la section de l'utérus ne m'en avait rendue la chose impossible : à peine avais-je placé deux points de suture qu'il m'a fallu finir vite l'opération et l'accouchement; les forces de la femme allaient en déclinant.

Après avoir bien réfléchi, j'ai pensé qu'on pouvait, une fois la paroi abdominale coupée, passer de suite à la suture utéro-pariétale, pour n'inciser l'utérus qu'après; de cette façon on évite la hernie de l'intestin et toute espèce d'épanchement dans le péritoine; sang, pus, lochies.

Sur une femme à terme, morte à la Maternité par suite d'un cancer utérin, j'ai répété cette opération en appliquant sept points de suture métalliques de chaque côté, en tout quatorze; après quoi je fis l'incision de l'utérus et l'extraction du fœtus et du délivre avec la plus grande facilité; l'opération n'a duré en tout que vingt minutes.

Les quelques inconvients que je puis prévoir en ce moment à mon procédé, sont : 1° d'exposer à la piqûre du fœtus si on poussait l'aiguille à suture par trop profondément, ou au contraire, de ne pas embrasser assez de tissu utérin. Ce dernier inconvénient s'est seul montré à moi, ce qui a fait que cinq de mes points de suture sur le cadavre ont cédé; 2° de gêner peut-être ultérieurement le retrait de l'utérus. Toutefois la grande flaccidité des parois abdominales et le niveau élevé que garde l'utérus assez longtemps après l'accouchement, prouvent, en dehors même du succès obtenu par Lestoquoi, qu'une pareille crainte n'est pas très-fondée.

Un mot maintenant sur les accessoires de l'opération. M. Stoltz recommande de ne pas trop chloroformer afin d'éviter les vomissements pendant et après l'opération. Partant de cette idée, j'ai voulu essayer tout récemment le chloral au lieu du chloroforme, j'en administrai donc quatre grammes en potion chez deux femmes chez lesquelles je devais faire une application de forceps, par suite d'un bassin rétréci. — L'une d'elle fut endormie au bout de 40 minutes, et c'est à peine si elle a souffert pendant l'accouchement et les manœuvres nécessitées par le forceps; l'autre femme ayant vomi sa potion, je n'ai pu rien constater chez elle.

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai eu l'occasion de pratiquer l'opération césarienne que deux fois, aussi ma compétence en est fort restreinte. Je tiens toutefois à faire remarquer qu'entre une femme en couches et une femme atteinte de kyste de l'ovaire, il existe une grande différence au point de vue de la susceptibilité du péritoine à s'enflammer. La péritonite est bien autrement à redouter chez la femme en couches, que chez la femme qui porte un kyste depuis un temps plus ou moins long, et c'est ce qui explique, à mon sens, la gravité de l'opération césarienne.

La suture utéro-pariétale me paraît une bonne chose, aussi je l'approuve; seulement, comme elle ne met pas à l'abri d'une hémorrhagie grave résultant de la section de la matrice, je me demande pourquoi on n'a pas cru devoir essayer l'écraseur. On pourrait objecter, il est vrai, la blessure possible du fœtus par le trocart conducteur de la chaîne, si celui-ci venait à être enfoncé par trop profondément. Mais je crois que l'existence du liquide amniotique intermédiaire rend cette blessure pour le moins problématique. On éviterait, du reste, cet accident en se servant d'un trocart muni d'un poinçon pouvant être retourné. On ne l'emploie armé de la pointe que pour atteindre la cavité utérine, et dès qu'on y a pénétré, on ne fait cheminer le trocart qu'avec l'extrémité mousse du poinçon.

M. LEGOUEST. M. Stoltz ne fait que rarement la suture des parois, et alors seulement que l'utérus n'a pas de tendance à s'écarter.

Je désire rappeler en outre, à M. Tarnier, que dans son idée d'appliquer la suture avant la section utérine, il a été précédé, dans un autre sens, il est vrai, par M. Nélaton, qui, dans la création d'un anus artificiel, procède de la sorte.

M. TRÉLAT. L'opération césarienne peut être faite dans des circonstances diverses, parmi lesquelles il faut mentionner les cas d'urgences. Comme l'exécution de l'opération proposée par M. Tarnier exige un temps assez long, je demanderais à notre collègue

s'il croit que son procédé est également applicable dans ce cas particulier?

M. TARNIER. Je ne connais de cas d'urgence autre que celui de mort de la mère, auquel cas on n'a aucun ménagement à prendre.

M. GUÉNIOT. Lauverjat pratiquait, non une incision médiane, mais bien une incision transversale. Ce qui l'engagea d'agir ainsi, c'est d'abord cette considération, que, pendant la grossesse, le diamètre vertical s'accroît plus que l'horizontal, et qu'après l'accouchement, le retrait du tissu utérin se fait surtout du haut en bas. Il résulte de là que les lèvres d'une plaie en travers doivent se rapprocher plus vite que celles d'une incision longitudinale, et c'est effectivement ce qui lui fut démontré sur le cadavre. Quoi qu'il en soit de la théorie, Lauverjat sauva, par ce procédé, deux femmes sur quatre.

M. DEPAUL. M. Tarnier n'a pas eu, sans doute, l'intention de passer en revue tous les procédés d'opération césarienne, sans quoi il n'aurait pas oublié de parler, entre autres, du procédé qui prétend respecter le péritoine.

Si la discussion s'engage, il y aura beaucoup à dire sur l'opération césarienne ; mais, pour le moment, je ne ferai que répondre à l'appel qui nous est fait par M. Tarnier.

Je crois que M. Tarnier vous a présenté un tableau trop chargé des accidents qui peuvent survenir pendant l'opération. J'ai fait et vu faire une trentaine d'opérations césariennes, et je n'ai jamais vu l'hémorrhagie devenir très-inquiétante; ordinairement elle s'arrête même toute seule.

Le sang peut sans doute pénétrer dans le péritoine, mais en petite quantité, et dans la dernière opération, que j'ai pratiquée avec le concours de M. Bailly, nous ne trouvâmes, à l'autopsie, qu'un tout petit caillot à côté de la plaie, et pas une goutte de sang dans la cavité péritonéale. Toutes les femmes que j'ai vu mourir, et malheureusement je les ai vues toutes, on été enlevées par la péritonite, à l'exception d'une seule, qui a succombé au tétanos.

L'opération de M. Tarnier me séduit, bien que je lui trouve des inconvénients. En effet, sept ou huit points de suture de chaque côté, placés sur l'utérus alors que cet organe possède son développement entier, — développement qu'il devra perdre bientôt, — me paraissent devoir gêner considérablement le retrait physiologique de cet organe.

M. Tarnier répond à cela que la paroi abdominale cède, ce qui

n'est pas exact et en voici un exemple. J'avais affaire à une femme très-chétive dont la paroi abdominale était mince comme du papier. Après avoir désempli la matrice, j'appliquais deux points de suture seulement entre l'utérus et la paroi abdominale. La femme ayant survécu trois jours, je constatais une telle rétraction que les points de suture s'enfoncèrent au loin et escharifièrent la peau correspondante.

Une autre objection réside dans la grande friabilité du tissu utérin, qui aitf qu'il se déchire avec la plus grande facilité. Aussi, même sur le cadavre, où l'on n'a pourtant pas à lutter avec la contraction de l'utérus, cinq des points de suture appliqués par M. Tarnier, dans un but expérimental, cédèrent par le seul fait du poids de la matrice. Chez ma malade, j'ai trouvé pareillement le tissu utérin profondément entamé par mes deux points de suture.

Un autre inconvénient, c'est qu'entre les points de suture il reste souvent des sinus par où le sang peut s'infiltrer en définitive jusque dans le péritoine ; et dans tous les cas, si le placenta se trouve inséré en avant, la suture en question ne vous mettra pas à l'abri d'une forte hémorrhagie à l'extérieur.

Une modification que j'avais proposée moi-même dans cette enceinte, lorsqu'il y a peu de temps encore M. Demarquay communiquait à la société l'observation d'un kyste abdominal ouvert par le caustique, consiste à se servir d'une longue trainée de poudre de Vienne, pour arriver jusqu'à l'utérus et au besoin jusqu'au fœtus. J'étais guidé en cela par un succès complet que m'a fourni cette méthode dans un cas de grossesse extra-utérine avancée.

Il m'a suffi de trois applications faites à deux jours d'intervalle pour traverser ainsi toute la paroi abdominale et le kyste lui-même. Si je n'ai pas encore osé appliquer le caustique à l'exécution de l'opération césarienne proprement dite, c'est par la crainte d'adhérences insuffisantes.

Ne perdons pas de vue, du reste, qu'au-dessus des opérations planent les conditions hygiéniques bonnes ou mauvaises, qui font que des opérations césariennes, entreprises par des gens absolument ignorants n'ont pas moins réussi. Vous connaissez tous cette histoire lamentable, racontée par M. le docteur Maslieurat-Lagemard, de trois médecins de campagne, qui, après avoir ouvert le ventre à une femme pour la faire accoucher par là; n'osèrent pas achever leur entreprise, et forcèrent cet honorable confrère de terminer l'opération qu'il avait du reste désapprouvée lors d'une première consul-

tation avec eux, déclarant que la femme était parfaitement conformée pour pouvoir accoucher normalement.

Eh bien, la malade guérit, et quelque temps plus tard, étant redevenue enceinte, elle accouchait, sans aucune difficulté, comme l'avait dit M. Maslieurat-Lagemard, d'un enfant vivant.

Répondant à M. Chassaignac, je lui dirai que nous autres accoucheurs, nous avons à songer à deux existences à la fois, celle de la mère et celle de l'enfant. Je suis partisan de l'écrasement et un des premiers je me suis servi de sa chaîne. Mais supposez pour un moment cet instrument engagé à travers les parois utérines dans une étendue de quinze centimètres, au moins; cela demande du temps pour arriver à couper sans hémorrhagie, et si le placenta est là, il sera pareillement intéressé, ce qui provoquera l'asphyxie de l'enfant.

J'ajouterai, en terminant, que les vomissements chloroformiques ne me paraissent ni assez fréquents ni assez persistants pour contre-indiquer l'emploi du chloroforme.

M. TRÉLAT. Je ne ferai qu'ajouter une très-courte observation historique; à savoir que Laborie avait indiqué l'emploi du caustique dans l'opération des kystes résultant de grossesses extra-utérines.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, F. PANAS.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1869.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : La *Gazette d'hydrologie médicale*. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Marseille médical*. — Le *Sud médical*.

— *Les Thermes de Bormio dans la Valteline supérieure.* Sans nom d'auteur.

— *Du chloral*, par le professeur Scoutetten. Brochure in-18. Paris, 1870.

— M. Ledïberder adresse, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Étude sur les signes et le diagnostic des fractures du crâne.*

— MM. Lannelongue et Paul Horteloup adressent à la Société des lettres de candidature à la place vacante de membre titulaire.

Discussion sur l'opération césarienne.

M. GUÉNIOT. Afin de ne pas abuser des instants de la Société, je négligerai à dessein tout ce qui doit nécessairement préluder à l'exécution de l'opération, c'est-à-dire les questions d'opportunité, d'indications, etc., pour ne m'occuper que de l'opération en elle-même et des moyens d'en favoriser le succès.

Tout en admettant que le milieu dans lequel vit l'opérée (campagne ou grande cité, hôpital ou habitation particulière) exerce, sur les résultats, une grande et incontestable influence, je reste néanmoins convaincu que les méthodes ou les procédés opératoires, les détails minutieux de l'exécution et les soins consécutifs de tout genre jouent également un rôle des plus considérables.

Assurément, c'est une croyance, on ne peut plus répandue, qu'à Paris la section césarienne a toujours été funeste aux femmes. Chaque jour encore, cette opinion se trouve reproduite dans les écrits les plus divers ; et dernièrement, M. Sédillot lui-même, notre éminent collègue de Strasbourg, écrivait dans une note présentée à l'Académie des sciences les lignes suivantes :

« Ce n'est, certes, ni le talent ni l'habileté des chirurgiens de la capitale que l'on peut mettre en doute, mais les conditions où ils se trouvent sont presque fatales. *On sait qu'on n'a pas encore, à Paris, sauvé une seule femme de toutes celles auxquelles on a fait l'opération césarienne.* » (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 289.)

C'est là, pour le moins, une exagération, et pour le prouver, je n'aurais qu'à citer les six exemples de succès parfaitement authentiques, obtenus de 1740 à 1787.

Le premier en date est celui de Doumain, assisté de Puzos et de plusieurs autres membres de l'Académie de chirurgie. Le second

appartient à Vermont; le troisième à Millot; le quatrième à Deleurye et Barbant, et les deux derniers à Lauverjat et Coutouly.

Objectera-t-on que tous ces cas appartiennent au siècle dernier et que, depuis lors, la population de la capitale s'est considérablement accrue? Cela est certainement vrai, mais nous répondrons que l'hygiène publique a progressé dans la même proportion et au delà, de façon à compenser toute influence fâcheuse provenant de l'encombrement, et que c'est en modifiant avantageusement le procédé opératoire qu'on pourra, à l'avenir, rendre salutaire une opération qui, depuis 83 ans, n'a donné dans Paris que des revers.

Dans ce but, trois ordres de faits doivent être pris en considération. Ce sont :

1° Les accidents ou complications qui entraînent la mort des femmes après la section césarienne;

2° Le mode suivant lequel s'opère la guérison dans les cas heureux;

3° Enfin, les enseignements précieux que nous fournit la pratique de l'ovariotomie.

De tous les accidents qui peuvent compliquer la césarienne, la *péritonite* est assurément de beaucoup le plus fréquent et le plus redoutable. C'est, on peut le dire, la pierre d'achoppement de l'opération. L'infection putride, ou plutôt *l'état adynamique et typhique* qui résulte de la gangrène utérine, vient en second lieu, mais à une grande distance de la péritonite. Quant à *l'hémorrhagie*, elle est bien rarement assez abondante pour tuer par elle-même, c'est-à-dire par l'anémie vraie qu'elle provoque; et la mort par *collapsus* ou *épuisement nerveux*, depuis l'emploi du chloroforme, est devenue plus rare encore. Ainsi, la *péritonite* et la *métrite putrilagineuse :* voilà les deux complications qui, de nos jours, sont réellement et presque exclusivement fatales aux opérées de la césarienne. Il nous faut donc, pour assurer le succès, savoir ou les prévenir ou les combattre efficacement.

D'une autre part, que nous apprend l'histoire des cas de guérison? Deux faits de la plus haute importance. Le premier, c'est que très-souvent il se produit un écoulement de sang et de matières sanieuses ou purulentes à travers la partie inférieure de la plaie abdominale, écoulement dont la durée provoque parfois l'existence temporaire d'une sorte de fistule utérine.

Le second, c'est que la matrice contracte avec la paroi abdominale antérieure des adhérences plus ou moins étendues. Dans un cas de Lauverjat, cette adhésion s'étant produite entre l'utérus et

les lèvres de la plaie abdominale, une pellicule épidermique semblait recouvrir à la fois la matrice et les parties adjacentes de la plaie extérieure. Michaëlis opérant, à la Maternité de Kiel, une femme qui avait déjà subi trois fois avec succès la césarienne, put pénétrer, grâce aux adhérences utéro-pariétales, jusque dans la matrice sans ouvrir la cavité du péritoine. Pareillement, sur une femme guérie d'une première opération, M. Stoltz, pratiquant pour la seconde fois l'hystérotomie, rencontra une adhésion fort étendue de l'utérus à la paroi de l'abdomen. Ces deux phénomènes : *adhérences utéro-pariétales et écoulement lochial* plus ou moins prolongé à travers la plaie abdominale, paraissant être des conditions de guérison, il convient donc d'en favoriser autant que possible la production.

Enfin, la pratique de l'ovariotomie a mis en lumière deux points d'une valeur capitale dans la question qui nous occupe. Elle a prouvé, en effet : d'abord que le péritoine n'est pas, comme on le pensait naguère encore, une sorte de *noli me tangere* chirurgical, mais qu'on peut, au contraire, l'inciser largement, l'éponger et le tenir *exposé* pendant un quart d'heure, une demi-heure et plus, sans qu'il en résulte nécessairement des complications mortelles, ni même des accidents très-graves. Elle a démontré, en outre, ce fait dominant, à savoir : que l'innocuité relative des opérations qui intéressent le péritoine ne peut être légitimement espérée qu'à la condition rigoureuse de ne laisser aucune souillure sur les viscères abdominaux, aucune parcelle de matière putrescible dans le péritoine, aucune bulle d'air emprisonnée dans la cavité du ventre. Ces données étant aujourd'hui parfaitement acquises à la science, il nous importe donc d'en faire bénéficier, au plus tôt, l'opération césarienne.

Telles sont les trois sources d'indications auxquelles il me paraît indispensable de puiser pour modifier avantageusement les procédés opératoires de l'hystérotomie. Permettez-moi maintenant de vous exposer les modifications qu'il serait utile, à mon avis, d'introduire dans le manuel de cette opération.

1° Sans attacher à ce détail une extrême importance, je crois néanmoins avantageux de préluder à l'opération par la *rupture artificielle des membranes*, quand celles-ci ont été jusque-là conservées intactes. L'évacuation de la matrice en trois temps séparés (liquide amniotique — fœtus — délivre) est un procédé constant de la nature dans les accouchements spontanés et réguliers. L'exemple me paraît bon à imiter. Les prétendus avantages qu'offre la conduite opposée

sont, à mes yeux, purement illusoires; et, si la preuve en était opportune, je pense qu'il me serait facile de la donner.

2° *Incision de la paroi abdominale.* *a.* D'abord, dans quelle *direction* convient-il de la pratiquer? On trace aujourd'hui cette incision uniformément le long de la ligne blanche; et, quand il est nécessaire de la prolonger au-dessus de l'ombilic, on contourne celui-ci sur la gauche. Rien de mieux assurément, toutes les fois que l'utérus, en simple obliquité antérieure, n'a besoin que d'être relevé pour correspondre, par son plan médian, à l'incision extérieure. Mais c'est là un fait d'une extrême rareté. Presque toujours, au contraire, le corps de la matrice se trouve à la fois incliné à droite ou à gauche et contourné sur son axe vertical, de façon à regarder, par sa face antérieure, soit la région iliaque droite, soit la région iliaque gauche. Les auteurs conseillent alors de détordre la matrice, ce qui me paraît très-dangereux, attendu qu'à peine l'organe est-il abandonné après l'opération à lui-même, qu'il se laisse tordre de nouveau, et les deux plaies ne correspondent plus; l'utérus déverse dans l'abdomen ses produits liquides. Dans une autopsie que j'ai faite en 1864, et dont j'ai consigné les détails dans un précédent travail (*Parallèle entre la céphalotripsie et l'opération césarienne.* Paris, 1866, p. 26), la plaie utérine, longue de 11 centimètres et large de 9, se trouvait en regard de la fosse iliaque droite, en même temps qu'un caillot sanguin d'environ 100 grammes reposait sur cette dernière.

Dans mon opinion donc, ce n'est point cet organe qu'il faut ainsi mobiliser, mais c'est la plaie extérieure qui doit être dirigée, suivant l'inclinaison même de l'utérus; dût-on, en procédant ainsi, sectionner des fibres musculaires et quelques branches de l'artère épigastrique, attendu que c'est là une circonstance dépourvue de gravité. Les conséquences avantageuses qui résulteront de cette manière de faire sont :

1° de pouvoir inciser la matrice sur sa région médiane, tout en respectant sa direction naturelle, c'est-à-dire son inclinaison et sa rotation;

2° De faire que les deux plaies abdominale et utérine conservent entre elles, *après comme pendant* l'opération, leur parallélisme;

3° Enfin, de procurer un écoulement facile du liquide lochial au dehors, qui l'empêchera de s'épancher dans le péritoine.

b. Quelle *longueur* est-il nécessaire de donner à l'incision abdominale? Pour M. Stoltz, celle-ci « doit s'étendre de l'ombilic à deux ou trois travers de doigt du pubis, et avoir au moins 25 centimètres de longueur (la longueur de la circonférence de la tête fœ-

tale). » (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. OPÉRATION CÉSARIENNE, t. VI, 1867, p. 698.) Mais une plaie de 25 centimètres présente deux lèvres qui ont chacune cette même longueur. Le contour de cette plaie n'est donc pas 25, mais bien 50 centimètres. Or, une ouverture aussi grande me paraît excessive; et, malgré toute l'autorité du maître éminent qui a formulé un tel précepte, je n'y puis souscrire.

Relativement à l'incision abdominale, je crois que, sans être parcimonieux, il convient cependant de n'être pas prodigue. Ici, l'inutile est souvent dangereux. Au lieu donc de 25 et même de 20 centimètres, 16 à 18 seront en général plus que suffisants; et cette réduction dans la longueur de la plaie extérieure, outre plusieurs avantages faciles à concevoir, permettra encore d'éviter plus sûrement la hernie de l'intestin ou de l'épiploon.

3° Puisque la péritonite est la cause de mort de beaucoup la plus fréquente, et que, pour l'éviter, il est indispensable de ne laisser aucune matière putrescible dans le péritoine, on conçoit à merveille comment, cette condition n'étant pas remplie, la mort doit presque fatalement succéder à l'opération.

Tandis que, dans l'ovariotomie, l'ouverture abdominale, devenue libre par l'ablation de la tumeur, permet de pratiquer aisément la toilette du péritoine, dans la césarienne, au contraire, cette ouverture se trouve presque entièrement occupée par le globe utérin, et l'opérateur n'exécute ce nettoyage si essentiel que d'une manière absolument incomplète et insuffisante. C'est ainsi, du moins, que toujours j'ai vu les choses se passer. Comment donc remédier à cet inconvénient si désastreux ?

Une grandeur démesurée de l'incision abdominale faciliterait sans aucun doute, la toilette du péritoine. Mais, ce que l'on gagnerait ainsi, on le perdrait d'un autre côté par la nécessité de multiplier les points de suture, de même que par l'éventualité des hernies intestinale et épiploïque.

En réunissant, au moyen de la suture, comme l'a proposé notre collègue M. Tarnier dans la dernière séance, le globe utérin encore intact aux lèvres de la plaie extérieure, on pourrait certainement avoir l'espérance d'éviter ainsi tout épanchement dans le péritoine. Mais je trouve à cette pratique au moins deux inconvénients. Le premier, c'est que le grand nombre de piqûres que nécessite la suture produit par lui-même l'épanchement fatal auquel on voulait obvier, et quand la suture est terminée, on s'est mis précisément dans l'impossibilité complète d'y remédier. D'une autre part, la ma-

trice, étreinte par deux rangées de fils, est des plus exposées à subir une inflammation gangréneuse. C'est ce que M. Tarnier lui-même a observé deux fois. Or, mourir de gangrène utérine ou mourir de péritonite, c'est bien chose équivalente. Sans donc condamner la suture utérine *préalable*, que l'expérience n'a pu encore suffisamment juger, je crains fort qu'elle ne réalise pas les avantages que notre collègue en a espérés.

Pour atteindre au but, le moyen qui me paraît offrir le plus de garanties d'efficacité et d'innocuité peut se formuler en deux mots : *opérer hors du ventre.*

Dès que l'incision extérieure sera faite, il faut passer au niveau de son angle supérieur une anse métallique dans l'épaisseur de la paroi utérine. Les chefs de cette anse, maintenus avec fermeté par un aide, serviront, concurremment avec les mains de l'aide principal, à faire saillir le segment antérieur de la matrice entre les lèvres de la plaie abdominale. Celle-ci se trouvera de la sorte complétement obturée comme par un tampon qui s'appliquerait sur son contour, d'arrière en avant. L'occlusion étant bien exacte, inciser alors l'utérus... Extraire ensuite l'enfant avec lenteur, en ayant soin, à mesure que la matrice diminue de volume, d'attirer celle-ci de plus en plus hors de l'abdomen. Cette extraction une fois effectuée, l'utérus aura son hémisphère antérieur presque totalement en saillie. Attendre cinq minutes et plus avant d'opérer la délivrance; éponger la plaie; exciter l'utérus à se contracter; appliquer de la glace si l'hémorrhagie est trop abondante; nettoyer avec un soin scrupuleux toute la portion visible de l'organe; et, quand celui-ci sera bien rétracté, que l'hémostase sera complète, retirer seulement l'anse métallique pendant que les mains d'un aide maintiendront dans un contact rigoureux et la matrice et la paroi abdominale; éponger les gouttelettes de sang qui s'échapperont du trajet de l'anse métallique et, enfin, laisser l'utérus, dont l'inclinaison et la torsion ont été respectées, rentrer derrière la paroi du ventre. Telle est la manœuvre qui, sévèrement exécutée, aurait, je pense, pour résultat de permettre l'accomplissement des temps les plus dangereux de l'opération, sans qu'il pénètre aucune matière étrangère dans le péritoine.

4° L'incision faite à la matrice et les moyens de favoriser l'adhérence de cet organe à la paroi abdominale, de même que le mode de réunion de la plaie extérieure et les soins consécutifs à l'opération, pourraient fournir encore matière à de nombreuses réflexions. Mais, afin de ne pas prolonger une communication déjà longue,

je me contenterai de signaler, en terminant, deux points qui, à mes yeux, ne sont pas sans importance pour le succès définitif. Ce sont : *a.* une longueur moindre de l'incision utérine qu'il suffirait, en général, de porter à 12 ou 13 centimètres, au lieu de 15 ou 16 comme on le pratique ordinairement; *b.* une immobilité absolue de la malade pendant les trente-six premières heures qui succèdent à l'opération, immobilité dont les conséquences peuvent être aussi salutaires que celles de l'immobilité appliquée aux perforations de l'intestin.

M. LEGOUEST. M. Guéniot a formulé, ce me semble, une accusation d'ignorance ou de mauvaise foi à l'égard de M. Sédillot, lorsqu'en parlant du mémoire présenté par le professeur de Strasbourg à l'Académie des sciences, il avance que c'est là une œuvre propre à induire en erreur sur le chiffre de la mortalité des opérations césariennes pratiquées à Paris. Je ferai observer à M. Guéniot que dans ce travail, M. Sédillot ne s'est occupé que des opérations césariennes faites dans les 60 ou 80 dernières années, et nullement de celles antérieures à cette époque. Lors donc qu'en comparant les résultats fournis à Paris et à Strasbourg, M. Sédillot arrive à conclure : « que l'opération césarienne réussit encore à Strasbourg, alors qu'elle échoue constamment à Paris, » le professeur de Strasbourg ne s'écarte en rien de la vérité.

M. LARREY. J'appuie complétement ce que vient de dire M. Legouest relativement à l'interprétation qu'il faut donner au travail de M. Sédillot.

M. GUÉNIOT. Répondant à M. Legouest, je lui dirai que je n'ai eu nulle pensée de taxer M. Sédillot d'ignorance et encore moins de mauvaise foi. Tout ce que j'ai voulu dire, c'est que, M. Sédillot n'ayant pas bien spécifié qu'il n'a eu en vue dans son travail que les opérations relativement récentes, le lecteur pourrait conclure à tort que jamais opération césarienne n'avait réussi à Paris; conclusion d'autant plus regrettable, qu'il y aurait précisément lieu à se demander le pour quoi l'opération césarienne, qui réussissait autrefois dans notre ville, ne donne plus aujourd'hui que des insuccès.

M. TARNIER. En prenant la parole dans la dernière séance, je n'ai point voulu traiter le sujet de l'opération césarienne en général, mais bien limiter le débat à la seule question de la suture utérine. L'heure avancée de la séance m'avait empêché de répondre aux objections qui me furent adressées par mes collègues, que je remercie d'ailleurs de leur empressement; aussi demanderai-je à la Société la permission de le faire aujourd'hui.

M. Guéniot m'objecte que l'opération que j'ai appelée de Lebas et Lauverjat n'appartient en réalité qu'à Lebas, Lauverjat n'ayant cité cet auteur dans son livre qu'en vue de repousser son procédé. C'est précisément parce que cela n'avait jamais fait le moindre doute pour moi que j'ai eu soin de citer le nom de Lebas; et quant à celui de Lauverjat, je dirai à M. Guéniot que, cet auteur ayant décrit tout au long le procédé de Lebas, on a pris l'habitude de l'appeler aussi souvent procédé de Lebas que de Lauverjat. C'est là, j'en conviens une inexactitude, mais enfin elle est admise.

M. Legouest, à son tour, a bien voulu me faire observer que mon procédé de suture utéro-pariétale avait son analogue dans celui préconisé par M. Nélaton, pour l'établissement d'un anus artificiel. Je dirai à mon collègue que non-seulement ce procédé m'était connu, mais que je m'y étais précisément fondé pour arriver à l'essai de suture utéro-pariétale dont j'ai parlé dans la dernière séance.

Une des objections importantes que m'a adressées M. Depaul, c'est celle tirée de la friabilité du tissu utérin, qui s'opposerait à toute tentative de suture. Aussi, ajoutait-il, cinq de vos points de suture sur quatorze avaient cédé. Les choses ne se passeraient pas, d'après M. Depaul, autrement sur le vivant que sur le cadavre, et à l'appui de cette assertion, M. Depaul a cité l'exemple d'une femme chez laquelle deux points de suture, appliqués à l'utérus, avaient fini par couper les tissus. Je répondrai à M. Depaul que Lestoquoi a parfaitement réussi dans son procédé de suture, et je puis ajouter que dans ma dernière opération, faite, depuis trois jours environ, en présence de M. Depaul qui a bien voulu m'assister, les points de suture tiennent jusqu'ici parfaitement.

M. Chassaignac a proposé d'ouvrir l'utérus, une fois la suture faite, à l'aide de l'écraseur linéaire. Ayant l'honneur d'être un de ses anciens élèves, je n'ai pas manqué d'y songer, d'autant plus que mon collègue M. de Saint-Germain, également élève de M. Chassaignac, m'y poussait de toute la force de ses convictions à cet égard. J'avoue, toutefois, que l'idée de trop froisser l'utérus et la crainte de blesser le placenta, en cas où celui-ci s'insérerait sur la paroi antérieure de la matrice, m'en ont définitivement détourné.

L'idée de M. Depaul d'arriver jusqu'à l'utérus où même jusqu'au fœtus, à l'aide du caustique, en vue de provoquer des adhérences salutaires, m'était venue pareillement à l'esprit. Toutefois, la crainte que les contractions de l'utérus, réveillées par le caustique, pour-

raient s'opposer à la formation des adhérences, ou que des contractions physiologiques, survenant après l'extraction du fœtus, détruiraient des adhérences encore trop récentes et trop molles pour résister, m'empêchèrent, je l'avoue, de donner cours à mon projet.

Dans l'opération que je viens de pratiquer, il s'est offert à moi divers contre-temps, dont il est bon, je crois, d'entretenir la Société, ne fût-ce que pour empêcher d'autres opérateurs de se trouver aux prises.

Après avoir pratiqué une incision médiane de 15 centimètres comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, je me suis mis en devoir d'appliquer la suture de l'utérus. A ce moment, un écoulement sanguin assez abondant, fourni par chaque piqûre, avait rendu la manœuvre plus difficile et créé de la sorte un premier ennui. On l'éviterait, je crois, en se servant, pour la suture, au lieu d'aiguilles lancéolées, des aiguilles rondes tubulaires qui serviraient à conduire des fils métalliques.

Un autre ennui s'est montré lorsque j'ai dû piquer les membranes sur deux ou trois points différents pour laisser écouler ainsi le liquide amniotique. Il y a eu de véritables jets d'eau qui inondèrent la plaie, et, ce qui est plus grave, firent qu'on ne put empêcher une grande partie du liquide séreux de se déverser dans le péritoine par l'angle inférieur de la plaie. Pour obvier à cet inconvénient, je ne manquerai pas, une autre fois, de perforer les membranes à travers le col utérin avant que de commencer l'opération.

A part les détails qui précèdent, deux points de l'opération sont encore bons à noter : l'un, concernant la suture, et l'autre, la position que doit prendre le chirurgien pour agir commodément.

Comme en définitive, le sang fourni par les points de suture, alors même qu'il ne serait pas abondant, peut gêner l'opération, on fera bien de commencer la suture par le point le plus déclive. C'est ce que je n'ai pas fait, faute d'en avoir été suffisamment averti. Aussi me suis-je trouvé considérablement gêné par la nappe du sang qui coulait pendant tout le temps que j'appliquais la suture.

Habituellement, je me place à la gauche de la malade, et je procède par conséquent à l'incision des parois et de l'utérus de *bas en haut*. Cette fois, je me suis placé à la droite de la malade, et j'ai incisé de haut en bas, ce dont j'ai eu à me repentir pour deux raisons : la première, c'est que le sang, fuyant de la partie supérieure vers le bas, me gênait constamment ; la seconde, c'est que, ayant affaire à une naine dont les cuisses peu développées pouvaient à peine être écartées, je craignais à chaque instant que, par une contraction brus-

que des membres pelviens, elle ne vînt s'enfoncer dans le ventre le bistouri que je tenais à la main.

La suture utérine et l'incision de l'utérus et des membranes étant faites comme il a été dit, le reste de l'opération, à savoir : l'extraction du fœtus et du délivre, s'est effectué avec la plus grande simplicité. Il est bon d'ajouter que l'intestin, loin de faire hernie, ne s'est même pas présenté à nous pendant tout le cours de l'opération, et cela, grâce à la suture utéro-pariétale.

L'état de la malade est resté très-satisfaisant depuis lundi, jour de l'opération, jusqu'à ce matin mercredi ; le pouls n'avait pas dépassé 100 pulsations. Malheureusement, depuis quelques heures, des vomissements et autres signes de péritonite se sont déclarés ; de sorte que je crains que, dans notre prochaine séance, je n'aie à vous annoncer un nouvel insuccès.

Anévrysme poplité. — M. VERNEUIL. Je désire entretenir la Société d'un cas d'anévrysme de l'artère poplitée qui ne manque pas d'intérêt au double point de vue des signes emboliques auxquels l'anévrsyme a donné lieu, et de la facilité avec laquelle on a obtenu la guérison par une méthode relativement nouvelle de traitement, la flexion de la jambe sur la cuisse.

La flexion forcée de la jambe sur la cuisse n'a pas encore été employée assez souvent en France pour qu'il n'y ait pas intérêt à publier les faits qui prouvent pour ou contre l'efficacité de cette méthode de traitement. Pour mon compte, je lui devais déjà un succès éclatant dans un cas où d'autres méthodes avaient échoué, et notre collègue M. Legouest a également réussi dans un cas des plus difficiles.

La méthode de la flexion, comme du reste toutes celles qu'on a opposées aux anévrysmes, a eu sa période d'essais et de tâtonnements, dont elle sort à peine aujourd'hui. Elle a été employée d'une manière continue ou d'une manière intermittente. De là deux procédés distincts, qui comptent chacun des succès, mais dont le second, toutefois, me paraît de beaucoup le plus sûr, le plus efficace et surtout de beaucoup le plus facile à supporter.

En regard des guérisons surprenantes et rapides, se trouvent des insuccès dus évidemment à ce qu'on a prolongé trop longtemps et rendu trop forcée une attitude que certains sujets ne supportent qu'avec peine. Actuellement, la théorie et la pratique semblent s'accorder pour donner la prééminence aux séances plus ou moins longues, mais espacées, surtout au début du traitement. Déjà, les ré-

sultats statistiques annoncés dans la remarquable thèse de M. Stopin et dans le consciencieux travail de M. G. Fischer (1) sont très-encourageants, mais j'espère qu'on obtiendra mieux encore.

Je ne prétends pas dire que le procédé intermittent réussisse toujours, mais je ne crois pas m'avancer trop en disant que si les choses se passent souvent comme dans l'observation qu'on va lire, la cure des anévrysmes poplités ne sera véritablement qu'un jeu.

Anévrysme poplité. — Signes d'embolie. Flexion intermittente exercée pendant dix-huit heures environ. — Guérison en cinq jours. — F...(Joseph), 46 ans, chapelier de profession, entre à Lariboisière, service de M. Verneuil, salle Saint-Louis, n° 7, le 10 décembre 1869.

Antécédents : Le malade dit n'avoir jamais eu d'attaque rhumatismale, ni de lésions syphilitiques. Sa profession l'oblige à rester debout une grande partie de la journée, et à faire de nombreuses courses.

Début : il y a quatre ans environ. Douleurs névralgiques, intermittentes, d'abord au niveau de la malléole interne. Il y deux ans, le malade s'aperçut d'une petite tumeur située à la partie inférieure de la cuisse, et qui, en un an, acquit la grosseur d'un œuf. Il vit alors qu'elle était pulsatile, et qu'elle augmentait légèrement par la marche.

Le 4 décembre 1869, ayant les pieds mouillés, il se chauffait devant le feu, lorsqu'il sentit tout à coup une douleur très-violente, une crampe subite dans le mollet, suivie de froid et de fourmillements dans le pied. Transporté chez un pharmacien, on lui fit des frictions avec l'alcool camphré, et comme les douleurs persistaient aussi intenses, on lui appliqua plusieurs sinapismes sur la jambe et sur la tumeur elle-même. Rentré chez lui, le malade trouva sa tumeur augmentée presque du double.

Les jours suivants, les douleurs continuèrent, beaucoup moins vives; les engourdissements du pied, les fourmillements, le froid, persistèrent aussi intenses, surtout quand le malade était couché, et malgré les frictions, les linges chauds et la ouate.

État actuel, 10 décembre. — Vers le cinquième inférieur de la cuisse droite, se voit une tumeur animée de battements isochrones

(1) *Die digital compression und flexion bei anevrysmen.* Prager Vieitel-jahrscrifft. Band CII, CIII, 1869.

aux battements du cœur. La main sent un léger mouvement d'expansion, et pent, par une pression lente et soutenue, diminuer un peu son volume. Elle occupe la partie antéro-interne de la cuisse, et la partie supérieure du creux poplité, de telle sorte qu'elle paraît s'être développée immédiatement au-dessous de l'anneau du grand adducteur. Pulsatile dans tonte son étendue, elle l'est plus spécialement au niveau de sa partie antérieure. La consistance paraît plus ferme dans sa portion poplitée. Le stéthoscope permet de constater un souffle doux, unique, coïncidant avec la pulsation, et limité exactement à la tumeur. La peau, au niveau de la tumeur, est mobile, de couleur normale, et sans trace d'ecchymose. La compression de l'artère fémorale au pli de l'aine fait disparaître immédiatement l'expansion et le bruit de souffle, en même temps que le volume de la tumeur se réduit d'un quart environ. Pour obtenir ces résultats, une pression très-légère sur l'artère suffit parfaitement. Toute la jambe est froide; léger œdème au niveau des malléoles; menace de sphacèle. Les battements de la pédieuse et de la tibiale postérieure ont complétement disparu; ils sont facilement constatables sur le membre sain.

L'examen du cœur ne révèle rien d'anormal. Les radiales ne sont pas dures au toucher, et le sphygmographe ne donne pas de plateau, ce qui exclut très-probablement l'état athéromateux des artères.

On porte le diagnostic suivant : anévrysme de la partie supérieure de l'artère poplitée. Le 4 décembre dernier s'est faite une oblitération embolique du tronc tibio-péronier par un caillot parti de la tumeur, d'où menace de sphacèle de la jambe.

On enveloppe soigneusement la jambe avec de la ouate.

Pendant les premiers jours de janvier, voici quel était l'état du malade :

Le membre est redevenu chaud, il n'y a plus menace de gangrène de toute la jambe. Mais, en découvrant le pied, on trouve l'extrémité dn petit orteil sphacelée. Le travail d'élimination se fait sans que la gangrène s'étende davantage.

Quant à la tumeur elle-même, elle est unie, rénitente; ses parois paraissent épaisses; il semble qu'elle contienne une quantité notable de caillots actifs, condition favorable au point de vue de la guérison. Elle fait une saillie modérée sous la peau : en la mesurant aussi exactement que possible, on trouve qu'elle offre 7 centimètres dans le sens vertical, 13 dans le sens transversal, et que, limitée en haut par l'anneau du troisième adducteur, séparée en bas de l'interligne

articulaire par une distance de 4 à 5 centimètres, elle soulève en avant le grand adducteur, est bridée en arrière par le tendon du demi-tendineux, et occupe la moitié interne du triangle supérieur du creux poplité.

Son volume a diminué d'un quart environ depuis l'entrée du malade, comme si l'oblitération du tronc tibio-péronier, après avoir exagéré subitement ses dimensions (ainsi que le raconte le malade), avait agi à la manière de la ligature de Brasdor, en favorisant la coagulation du sang et l'affaissement de la tumeur.

On remarque, comme on l'avait déjà fait à l'entrée du malade, qu'une compression très-légère de la fémorale suffit pour supprimer complétement les pulsations de l'anévrysme; puis, en imprimant au membre quelques mouvements, on s'aperçoit qu'une flexion assez modérée de la jambe rend l'anévrysme silencieux.

Ces circonstances font espérer une guérison facile, et M. Verneuil songe dès lors à employer la flexion comme principal moyen de traitement. On commencera, cependant, par la compression intermittente.

Pendant deux jours, le 13 et le 14 janvier, le malade fait lui-même la compression de la fémorale avec le sac de plomb, pendant 3 heures sur 24, et à trois reprises, sans résultat. Quelque simple que soit ce moyen, il est un peu douloureux, et n'offrirait sans doute aucun avantage sur la flexion. M. Verneuil se décide à employer la flexion seule, mais intermittente; et cela pour deux raisons : 1° parce que l'intermittence des séances de flexion doit rendre ce moyen nécessairement supportable; 2° parce que la flexion intermittente doit suffire à la guérison, étant données les conditions où se trouve l'anévrysme, et que le malade pourra ainsi se guérir en quelque sorte lui-même, et sans être astreint à un traitement rigoureux.

Le 15 janvier le malade fait, à trois reprises sur les 24 heures, une heure de flexion. La jambe est d'abord maintenue fléchie avec une courroie élastique; mais celle-ci est bientôt abandonnée, car le malade préfère maintenir lui-même sa jambe au degré de flexion qui suffit pour supprimer les battements, et cela simplement en plaçant le pied sous la cuisse du côté sain. Pendant le premier quart d'heure, il sent un peu d'engourdissement, puis plus rien, jusqu'à ce que l'heure soit terminée.

Le 16, 6 séances séparées de flexion, de une heure chacune.

Le 17 au matin, on trouve, et le malade a remarqué lui-même, que les pulsations sont déjà plus faibles. Le 17, 6 nouvelles séances de flexion.

Le 18, comme il y a quelques douleurs dans la jambe, un peu d'empâtement et de sensibilité au-devant du tibia, on recommande au malade de se ralentir un peu, afin de n'être pas obligé d'interrompre le traitement. Le 18, 3 heures de flexion intermittente environ. Une flexion beaucoup moindre suffit déjà pour supprimer les pulsations de la tumeur, qui est un peu réduite de volume. Dans l'intervalle des séances de flexion, le malade a la permission de se lever un peu, afin que le traitement soit aussi peu sévère que possible.

Le 19, toute pulsation a cessé dans la tumeur. Le malade a fait environ 18 heures de flexion intermittente depuis le 15 janvier. On prescrit un jour de repos au lit, afin de ménager les caillots récents.

Les jours suivants, on permet au malade de circuler dans la salle. Les battements ne reparaissent pas.

On constate, au côté interne de la cuisse, à 1 ou 2 centimètres au-dessus de la tumeur, les battements d'une collatérale. Ces battements sont évidemment extérieurs au sac, et on les suit sur une ligne verticale, jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessus du condyle. On ne sent pas de collatérales au niveau du genou. Les battements n'ont pas reparu dans la pédieuse et la tibiale postérieure.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. TRÉLAT présente une femme atteinte de nécrose phosphorée, chez laquelle il fit l'extirpation totale de l'os maxillaire inférieur et diverses opérations complémentaires destinées à boucher des trous fistuleux. Cette femme porte aujourd'hui un appareil prothétique, et M. Trélat se propose de communiquer l'observation en entier dans la prochaine séance.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. GIRALDÈS présente un instrument écarteur des mâchoires fabriqué par M. Smith, de Londres, et destiné à tenir la bouche ouverte en même temps qu'il abaisse la langue chez les jeunes enfants, lorsqu'il s'agit de pratiquer la staphyloraphie.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Montpellier médical*. — Le *Bulletin médical du nord de la France*.

— Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique* (3e série). Tome III, n° 11.

— *Perfectionnements récents des lieux d'aisances*, rapport au conseil d'hygiène de Reims, par le docteur Decès père.

— M. le docteur Fleury, de Langon (Gironde), adresse à la Société le résumé intégral des opérations pratiquées par lui de 1853 à 1870. — Renvoyé à la commission de statistique.

COMMUNICATION

Nécrose phosphorée. — M. TRÉLAT. La malade dont je vais communiquer l'observation vous a été présentée dans la dernière séance, et vous avez pu constater chez elle que, malgré la perte totale de la mâchoire inférieure, la physionomie n'avait rien de disgracieux, la parole s'exerçait avec facilité, et elle pouvait enfin mâcher de la viande, du pain et en général toute espèce d'aliments mous avec aisance.

Voici, du reste, l'observation en entier :

Nécrose phosphorée du maxillaire inférieur. — Ablation totale de l'os. — Guérison. — Appareil prothétique. — Rétablissement complet de la forme du visage et des fonctions de phonation et de mastication. — Annette C..., âgée de 40 ans, metteuse en boîte, depuis dix-huit années, dans une fabrique d'allumettes chimiques. Jusqu'au mois d'août 1867, elle n'avait éprouvé aucun accident. Deux dents seulement étaient cariées de longue date et ne causaient pas de douleur; l'une d'elle avait été

plombée; l'autre, grosse molaire supérieure gauche, était brisée au niveau de la couronne; mais la racine restait dans l'alvéole. Quelques soins de propreté suffisaient pour maintenir la bouche en bon état.

Au mois d'août 1867, cette femme commença à éprouver des douleurs au côté gauche de la face. Ces douleurs furent mises sur le compte de la racine de la dent brisée, qui fut arrachée. Mais, loin de diminuer, la souffrance augmenta et força la malade à entrer dans le service de M. Hardy, à Saint-Louis. Elle en sortit au bout de six mois pour venir dans le service de M. Trélat, au même hôpital.

Elle était depuis six jours seulement chez M. Hardy, lorsqu'un premier abcès s'ouvrit derrière l'angle de la mâchoire inférieure gauche. Ce fut la première manifestation d'une affection qui devait entraîner la perte de toute la mâchoire inférieure. Les accidents se succédèrent sans interruption dans l'espace de dix mois environ. Huit abcès se formèrent autour de cette mâchoire, et laissèrent de larges ouvertures fistuleuses. Ces fistules étaient rangées à peu près symétriquement de chaque côté. Trois siégeaient dans la région sus-hyoïdienne, dans l'espace compris entre la ligne médiane et l'angle de la mâchoire. La quatrième, qui s'était formée beaucoup plus tard, correspondait à peu près à l'articulation temporo-maxillaire. Pendant cette première période, toutes les dents de la mâchoire inférieure s'ébranlèrent et furent enlevées par la malade elle-même. A la mâchoire supérieure, quelques-unes tombèrent également, la plupart se brisèrent au niveau de la couronne; d'autres, les molaires et une incisive gauche, persistèrent intactes. La malade était tourmentée par de vives souffrances, et la bouche était baignée par des liquides d'une odeur repoussante.

La période de séquestration succéda ensuite à la nécrose et dura environ un an, jusque vers le mois de mai 1869. Pendant tout ce temps, la malade est restée dans le service de M. Trélat, d'abord à Saint-Louis, ensuite à la Pitié, où elle entre le 18 janvier 1869.

A ce moment, le bord alvéolaire du maxillaire inférieur était dénudé, noirâtre; tandis que le bord inférieur se doublait en avant et en arrière d'un périoste épaissi, en voie d'ossification. Ne voulant pas agir avant la mobilisation du séquestre, M. Trélat aida à la nature, d'abord en décollant progressivement les parties molles avec une spatule, puis en imprimant des mouvements de plus en plus étendus à la partie mortifiée. Enfin il jugea suffisante la séparation du séquestre, et en fit l'extraction le 6 mai 1869.

L'opération fut des plus simples : avec une scie à chaîne, section médiane du séquestre; puis avec un levier, extraction par la bouche des deux parties latérales. Les parties enlevées représentaient à peu près complétement l'os maxillaire inférieur. Le condyle manquait seulement du côté gauche, mais il s'élimina spontanément en deux fragments, trois semaines plus tard.

L'os mortifié avait conservé son volume et sa forme. Les ostéophytes qu'on rencontre d'habitude sur ces séquestres étaient à peine

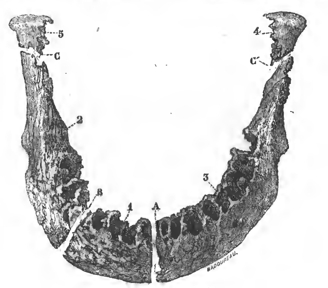


Fig. 1. — Os nécrosé.

marqués. Il n'en existait aucune trace du côté droit. A gauche, il y avait un îlot sur la face externe, et quelques îlots sur la face interne.

A la suite de cette ablation, l'os nouveau, encore un peu flexible, devint de plus en plus consistant. Il ne ressemblait qu'imparfaitement à un maxillaire inférieur normal. On pouvait plutôt le comparer au moule creux de la partie inférieure du corps de l'os ancien. Il y avait une portion à peu près horizontale, large de 2 à 3 centimètres, dans le sens antéro-postérieur, et représentant le fond du moule; deux rebords, l'un antérieur et l'autre postérieur, d'un

demi-centimètre d'élévation, correspondaient aux faces antérieure et postérieure de l'os enlevé. L'épaisseur du nouveau maxillaire était plus considérable à mesure qu'on s'avançait vers la ligne médiane, parce que le nouvel os était plus ancien en ce point qu'en arrière. C'est là que la nécrose avait débuté.

Pendant quelque temps encore après l'opération, les fistules versèrent à l'extérieur du pus mêlé à de la salive, mais enfin elles se fermèrent toutes, sauf une seule située dans la région sus-

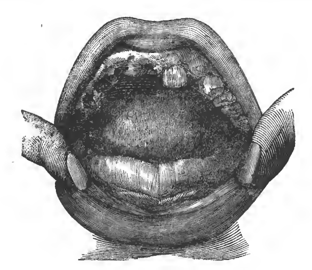


Fig. 2. — Bouche avec deux doigts.

hyoïdienne à gauche de la ligne médiane. Extérieurement, cette ouverture était située au fond d'une sorte d'entonnoir, et avait plus de 3 centimètres d'étendue dans le sens transversal. Intérieurement, elle aboutissait au fond de la gouttière osseuse que représentait le nouvel os. Après en avoir attendu longtemps la guérison, M. Trélat fit l'avivement des bords et réunit avec cinq points de suture métallique. L'opération, faite le 21 octobre, fut assez délicate, parce que la malade ne pouvait renverser que difficilement la tête, et qu'il fallut aller décoller les tissus qui adhéraient aux rebords de la gouttière osseuse. Dans les premiers jours qui suivirent l'opération, l'occlusion parut complète, puis on reconnut un pertuis très-fin,

vers l'angle externe de la plaie. Une cautérisation au nitrate d'argent en eut facilement raison, et à la fin de novembre la malade pouvait quitter l'hôpital, complétement guérie.

Depuis plus d'un mois, elle portait une pièce artificielle, très-bien exécutée par M. Déjardin, dentiste à Paris, remplaçant la partie alvéolaire de la mâchoire inférieure, ainsi que les dents de la mâchoire supérieure. L'aspect extérieur de cette femme n'aurait point fait supposer l'infirmité dont elle était atteinte. Le menton avait

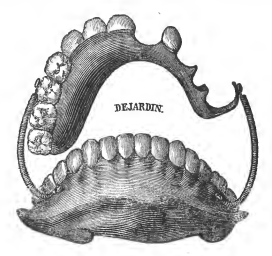


Fig. 3. — Appareil prothétique.

seulement un peu diminué de hauteur, de sorte que les joues semblaient un peu saillantes, mais cet élargissement apparent du visage était loin de produire une difformité.

Aujourd'hui, 9 février, la prononciation est absolument normale, et la malade peut mâcher avec son appareil prothétique tous les aliments possibles, pain et viande de toute espèce. C'est donc une guérison aussi satisfaisante que possible.

Me conformant aux principes que j'ai cherché à faire prévaloir dans la monographie que j'ai publiée, il y a 14 ans, sur la nécrose phosphorée, je me suis abstenu, comme toujours, de toute intervention hâtive, pendant la longue période de progrès du mal, l'expérience n'ayant fait que confirmer depuis cette vérité, que toute

opération entreprise avant la séparation spontanée de l'os nécrosé, loin d'être de quelque utilité, ne fait que détruire l'os périostal naissant et rend l'application ultérieure d'un appareil prothétique d'autant plus difficile.

Je ne saurais ne pas insister un instant sur cette reproduction périostale du maxillaire inférieur nécrosé, alors que rien de pareil ne s'observe pour la mâchoire supérieure.

Du tissu fibreux seul comble habituellement la perte de substance de l'os maxillaire supérieur, ce qui s'explique par l'absence de périoste interne, à la place duquel on trouve une membrane fibro-muqueuse dépourvue de propriétés ostéogéniques. Supposez, en effet, que le périoste externe vienne à se détruire par suppuration ou autrement, et rien ne pourra plus reproduire l'os ancien.

Il y a une quinzaine d'années, M. Broca a très-bien décrit dans le « *Medical cyclopedia* » le mode d'après lequel se font, dans le cas de nécrose, le retrait du périoste et le déchaussement du maxillaire.

A mesure que le mal fait des progrès, on voit le bord alvéolaire de celui-ci s'isoler du périoste enflammé, qui se rétracte sur lui-même de haut en bas.

Ce travail de retrait continuant, il arrive un moment où la presque totalité du corps de l'os se trouve à nu dans la bouche, pendant que l'ossification progressive des lames périostales interne et externe reproduit la forme du maxillaire nécrosé.

Dans les cas où la rétraction en question est lente et la reproduction osseuse très-tardive, on constate un retrait tel des parties molles et du périoste, que l'os nouveau, loin de reproduire la forme de l'os ancien, ne représente plus qu'un arc de cercle très-court, dirigé transversalement et offrant une courbure à concavité supérieure.

En 1863, M. Forget, à propos d'une observation du professeur Rizzoli de Florence intitulée *Résection sous-périostée du maxillaire inférieur*, nous a fait connaître dans son rapport qu'une première fois Rizzoli avait scié l'os et enlevé la moitié du maxillaire qui était malade, puis l'autre moitié s'étant necrosée, une nouvelle opération devint nécessaire; cela prouve, une fois de plus, la vérité de ce que j'ai dit plus haut, à savoir, qu'il n'y a aucune utilité à intervenir activement pendant la période de progrès du mal.

Ajoutons que le titre de cette observation est inexact, attendu qu'il ne s'agit point d'une résection sous-périostale, mais, tout simplement, de l'extraction d'un séquestre.

Un détail qu'il est bon de ne pas passer sous silence, c'est le parti avantageux que j'ai pu retirer des injections détersives faites deux fois par jour dans la bouche, par la malade elle-même, à l'aide d'un irrigateur muni d'une canule.

Pendant les seize mois qui ont précédé l'opération, la malade, grâce à ces lavages, n'a jamais offert des signes d'infection septique.

Des derniers trajets fistuleux qui sillonnaient la mâchoire, un seul avait persisté, et il me fallut par la suite faire une petite opération autoplastique pour en boucher l'orifice, d'où il s'écoulait constamment de la salive.

L'appareil prothétique en caoutchouc durci que porte la malade et qui lui rend, comme je l'ai dit, de signalés services, a été très-habilement conçu et exécuté par M. Déjardin.

Le dessin numéro 3 en donne une idée exacte.

M. MARJOLIN. Je désirerais savoir pendant combien de temps la malade a travaillé dans la fabrique d'allumettes chimiques, et depuis quel âge elle s'est livrée à cette occupation. On sait que, pendant longtemps, il subsiste une espèce d'immunité pour les émanations phosphrées, et que c'est brusquement, et parfois après plusieurs années de travail à l'atelier, que l'intoxication par le phosphore se déclare. Un détail non moins important, c'est qu'il existe encore dans Paris de petites fabriques clandestines d'allumettes chimiques qui, pour échapper à la surveillance légale, se recrutent d'un nombre d'adultes inférieur à vingt, et qui, par contre, occupent beaucoup d'enfants. C'est précisément dans ces conditions que l'intoxication phosphorée fait le plus de ravages, et MM. Ollivier et Lailler ont eu à signaler, dans ces conditions, des morts survenues rapidement par suite d'un véritable empoisonnement aigu. Il serait bon de signaler à l'autorité ces abus, qui journellement font des victimes.

M. TRÉLAT. Ma malade, comme je l'ai dit dans l'observation, travaillait dans la fabrique depuis dix-huit ans; elle n'avait éprouvé les premières atteintes de son mal que quinze ans après son entrée dans les ateliers, ce qui vient à l'appui de l'espèce d'immunité relative dont vient de parler M. Marjolin.

M. LARREY. Le conseil de salubrité avait été saisi de la question de la fabrication clandestine des allumettes chimiques, il y a quelques années. Depuis cette enquête, le mal a diminué; mais, enfin, il existe encore bien des abus à cet égard, qui doivent être signalés à à la sollicitude de l'administration compétente.

PRÉSENTATION DE MALADES

Tumeur de la racine de la cuisse. — M. BOURGEOIS, d'Étampes. Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est venu me consulter, il y a quelque temps, au sujet de la tumeur qu'il porte à la cuisse depuis six mois seulement, dit-il.

A l'examen de celle-ci, qui est ronde, lisse, sans changement de couleur à la peau, j'ai pu constater manifestement des battements isochronès au pouls, tandis que je n'ai pu saisir aucun souffle, au moins d'une façon tant soit peu nette.

Sans porter de diagnostic définitif, j'engageai le malade d'aller consulter M. Nélaton, qui n'hésita pas à déclarer qu'il s'agissait d'une tumeur maligne avec développement de vaisseaux dans la masse.

M. DOLBEAU. Au premier abord, on pourrait croire à une tumeur érectile, tant les battements sont nets. Toutefois, en prenant en considération l'âge du sujet, le manque de souffle et le développement rapide de la tumeur, on doit se rattacher, je crois, à l'idée d'un encéphaloïde très-vasculaire.

M. BOINET est du même avis.

M. CHASSAIGNAC. Lorsque le malade se couche, la tumeur semble diminuer de volume, comme s'il s'agissait là d'une tumeur vasculaire bénigne. L'artère fessière, il est vrai, ne paraît pas plus grosse qu'à l'état normal, ce qui aurait lieu s'il s'agissait véritablement d'un anévrysme.

Toutefois, avant de désespérer, on pourrait tenter une ponction exploratrice, d'autant plus que, rarement, une tumeur cancéreuse est aussi molle et aussi uniformément consistante.

M. DESPRÈS. J'ai observé un cas analogue dans le service de M. Richet. Il s'agissait, dans ce cas, d'un sarcome vasculaire à mycloplaxes de nature maligne que M. Richet, et plus tard moi-même, nous traitâmes par des injcctions de queques gouttes (4-5) de perchlorure de fer. Le résultat fut une diminution temporaire des battements et une réduction partielle de la masse. Il est bon d'ajouter que deux de mes piqûres ayant été faites trop près l'une de l'autre, j'ai eu une petite eschare, qui n'a pas tardé à se guérir, sans avoir provoqué d'hémorrhagie.

M. TRÉLAT. J'ignore les antécédents du malade, et aussi si la tumeur se prolonge ou non dans le bassin. Comme M. Chassaignac, j'ai pu constater la forme régulière de la tumeur, sa mollesse par-

tout égale, sa réductibilité surtout lorsque le malade se couche; enfin, il m'a semblé avoir saisi du souffle, et pour toutes ces raisons, je serais porté à diagnostiquer un anévrysme.

M. LIÉGEOIS croit que la tumeur se prolonge dans l'excavation pelvienne, en se fondant sur ce que l'effort augmente la tension de la tumeur.

M. DESPRÈS ajoute à ce qu'il a dit précédemment que toutes les tumeurs vasculaires ramollies sont en partie réductibles, ainsi qu'il ressort entre autres d'une observation de la clinique de Velpeau, qu'il a publiée antérieurement.

M. TRÉLAT fait observer que l'effort, à lui seul, suffit pour tendre la tumeur, sans qu'on doive en inférer que celle-ci communique pour cela avec l'excavation du bassin.

M. FORGET partage l'avis de ceux qui voient dans cette tumeur un cancer vasculaire ramolli, et à l'appui de sa manière de voir, cite un cas analogue qui lui est propre, et un autre qu'il a été à même d'observer avec Robert. D'après ce qu'il a vu en pareils cas, M. Forget croit que toute intervention chirurgicale, fût-ce la simple ponction, doit être écartée comme dangereuse.

M. LE FORT incline à admettre ici une tumeur anévrysmatique, vu la grande mollessse et l'uniformité de consistance de la masse.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. DEPAUL montre à la Société un placenta fort curieux en ce sens qu'il est le siége d'un caillot apoplectique de 2 centimètres d'épaisseur, situé sur la face fœtale du délivre. Cette face en est entièrement recouverte.

L'examen histologique fait par M. Cornil a démontré qu'il s'agissait bien là d'un caillot de fibrine.

La mère était aphasique depuis qu'elle avait eu une attaque d'apoplexie cérébrale, quelques mois auparavant. Elle est accouchée d'un enfant vivant et qui vit encore, preuve que les hémorrhagies, même abondantes, qui se font sur la surface fœtale du placenta, n'ont pas la gravité de celles qui ont pour siége le parenchyme même du délivre. M. Depaul conserve le dessin d'un cas analogue, avec cette différence, qu'au lieu d'un grand caillot en nappe, comme ici, il y avait vingt à trente petits épanchements disséminés et tous récents.

M. Depaul ne partage pas l'avis de ceux qui, comme M. Bailly,

admettent que les hémorrhagies placentaires ne peuvent se faire primitivement, mais qu'elles sont toujours consécutives aux altérations fibro-graisseuses des papilles choriales.

M. BLOT. Je demanderai à M. Depaul le poids exact de l'enfant qu'il a dit être, je crois, de 5 livres et quelque chose. C'est là un développement à peu près normal et qui se trouve, je dois le dire, en contradiction avec tout ce que j'ai vu dans les cas de placenta malade. Invariablement, le poids des enfants s'est montré à moi diminué au point de n'être que de 1,550 grammes, de 1,500 grammes et même de 1,250 grammes, ce qui n'a pas empêché les nouveau-nés de continuer à vivre.

Quoique Lobstein ait avancé le contraire, je crois, pour mon compte, qu'il y a un rapport exact entre le développement du fœtus, d'une part, et le volume du placenta, de l'autre. De là cette conclusion capitale en médecine légale que nul n'est autorisé à se prononcer sur l'âge exact d'un fœtus sans avoir examiné en même temps le développement comparatif du délivre. Sans cette précaution, on s'expose à déclarer comme n'étant pas à terme des enfants qui le sont en réalité, mais qui se sont peu développés par suite de l'altération pathologique du délivre.

L'examen du placenta, généralement très-petit en pareils cas, peut mettre à l'abri de l'erreur.

M. DEPAUL. Tout ce ce que M. Blot vient de dire s'applique aux altérations parenchymateuses du placenta, non à celles qui occupent la surface fœtale de celui-ci, comme dans mon cas, où l'épanchement sanguin était simplement surajouté.

Tout en admettant ce qu'a dit M. Blot comme généralement vrai, il y a des exceptions aussi bien dans un sens que dans l'autre.

La Société se forme en comité secret à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le *Bulletin médical du nord de la France ;* — Le *Bulletin de thérapeutique ;* — La *Gazette médicale de Strasbourg.*

— M. Asselin, libraire, adresse à la Société tous les numéros des *Archives générales de médecine* parus depuis le 1er janvier 1869, et annonce l'intention de continuer ces envois.

La Société remercie M. Asselin.

— *Considérations historiques sur l'emploi de la taille médiane en Italie depuis Vacca jusqu'à nos jours*, par E. Janssens. Brochure in 8°, extraite du journal publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. Cahier de mai 1855.

Ce travail, dit M. Trélat, contient des renseignements importants en raison de notre récente discussion sur la lithotritie périnéale. L'auteur nous apprend que, depuis longues années, plusieurs chirurgiens italiens, M. Venturoli (de Bologne), et M. Bresciani (de Borsa), pratiquaient la taille latéralisée sans inciser ni la prostate ni le col vésical. M. Rizzoli (de Bologne), revint à la taille médiane modifiée, et durant l'année 1850 il avait obtenu, par son procédé, huit succès sur huit opérations. Ce procédé consiste dans l'emploi d'un cathéter à forte courbure, destiné à permettre de reconnaître le bulbe, à rechercher au-dessous de lui l'origine de la portion membraneuse, puis, en éloignant le cathéter du rectum, à inciser l'urèthre membraneux *jusqu'au bord antérieur de la prostate, qui doit être légèrement entamée.*

Mais ce procédé, dans lequel le bulbe de l'urètre, le rectum et le col de la vessie échappent à l'instrument tranchant, ne permet pas d'extraire tous les calculs. Lorsqu'ils sont trop volumineux, M. Rizzoli combine la taille avec la lithotritie, et pratique une lithotritie périnéale, à l'aide d'un instrument inventé par lui et

décrit sous le nom de *lithotribe,* forte tenette courbe à articulation mobile, et dont les branches sont rapprochées par une vis puissante.

M. Janssens conclut que la taille exécutée par le professeur Rizzoli *peut s'appliquer avec succès dans tous les cas de calculs urinaires où la médecine opératoire doit intervenir*. C'est donc la lithotritie périnéale érigée en méthode générale. Il importe de rappeler que tout cela remonte à vingt ans, puisque les renseignements fournis par M. Janssens s'arrêtent à 1850.

Occlusion intestinale. — M. Louis Thomas (de Tours), membre correspondant, adresse la lettre suivante :

« J'ai l'honneur d'adresser à la Société une pièce anatomique destinée à compléter une observation que j'ai communiquée à la Société de chirurgie, dans sa séance du 28 avril 1869, sous le titre suivant : *Occlusion intestinale datant de* 33 *jours. Entérotomie. Guérison et rétablissement du cours normal des matières.*

« Le 4 mars, disais-je en terminant cette observation, M. F.... vint à Tours me voir. Son état général est excellent, les forces et l'embonpoint sont revenus. Il ne prend plus de lavements et va naturellement à la garde-robe deux fois par jour. L'anus artificiel ne consiste plus qu'en un orifice très-étroit, entouré par un bourrelet rouge formé par la muqueuse, et ne donne plus lieu à aucun écoulement. M. F... me demande de fermer cet orifice, mais je ne crois pas prudent d'accéder à son désir, et j'attendrai plusieurs mois encore avant de le débarrasser de cette infirmité.

« Depuis cette époque, je n'avais plus revu M. F..., qui demeurait à plusieurs lieues de Tours, lorsque le 7 février dernier je fus informé que, le matin même, il avait succombé. Je me rendis immédiatement à son domicile et j'appris que, depuis quelques mois, les forces avaient décliné; qu'à plusieurs reprises les jambes avaient été enflées, qu'enfin, la faiblesse devenant chaque jour plus grande, le malade s'était éteint. Mais, depuis l'opération, les fonctions intestinales s'étaient accomplies assez régulièrement, à part quelques rares coliques, pendant lesquelles les matières intestinales s'écoulaient, et en petite quantité seulement, par l'anus artificiel. Si bien qu'au moment de sa mort, il n'y avait pas eu trace d'écoulement stercoral depuis plus d'un mois.

« Je ne pus procéder à une autopsie complète, et ce fut à grand'peine que j'obtins de faire l'ouverture de l'abdomen. Je trouvai les anses intestinales vides et revenues sur elles-mêmes. Des adhérences

très-solides unissaient, dans l'étendue de plusieurs centimètres, la paroi abdominale et le cœcum, siége de l'anus artificiel.

« L'S iliaque formait un coude vers sa partie moyenne, et présentait, au sommet de celui-ci, un rétrécissement très-accusé. Le colon descendant était très-dilaté, tandis que le calibre de l'intestin situé au-dessous du rétrécissement était au contraire notablement diminué.

« Cette portion d'intestin ayant été enlevée et incisée sur son bord libre, je constatai que le retrécissement était *linéaire* et si prononcé qu'il n'aurait pu recevoir l'extrémité du petit doigt, au point qu'on comprend difficilement comment il pouvait permettre le cours régulier des matières. Au-dessus de lui, la muqueuse intestinale était rouge et épaisse, la tunique musculeuse, hypertrophiée; mais à son niveau, les parois intestinales n'étaient le siége d'aucune hypertrophie.

Ce rétrécissement doit être considéré comme de nature cicatricielle et consécutif à une ulcération intestinale remontant probablement à la dysenterie dont M. F... avait été gravement atteint à l'âge de cinq ans. Une pareille lésion justifiait bien le refus que j'avais fait au malade de tenter l'oblitération de son anus artificiel, et l'importance qu'il y avait pour lui à conserver ce qu'il appelait plaisamment sa *soupape de sûreté*.

Hernie musculaire. — M. H. LARREY communique à la Société, de la part de M. Paul Dauvé, membre correspondant, une note sur deux faits de hernie musculaire du premier adducteur de la cuisse à travers l'aponévrose fémorale, accompagnée de deux photographies. Ces photographies sont destinées à montrer, chez l'un des malades, la tumeur pendant le repos et l'activité des adducteurs. Les signes observés dans les deux cas sont :

Tumeur siégeant vers le côté supéro-interne de la racine de la cuisse, du volume d'un œuf, allongée verticalement, molle, dépressible et peu saillante lors du relâchement des adducteurs, et par contre, saillante, dure, incompressible alors que le muscle entre en contraction ou qu'on y fait passer un courant galvanique. Il va sans dire que l'effort abdominal n'exerce aucune influence sur le volume de la tumeur, ce qui exclut immédiatement toute idée de hernie ventrale.

Il s'agit dans les deux cas de soldats qui, étant à cheval, ont contracté violemment les muscles de la cuisse, à l'effet d'éviter une chute. Sauf au moment de l'accident et peu de temps après, la douleur était très-modérée et la marche facile.

Un de ces malades a été traité pendant cinquante jours par le repos, la compression et un bandage inamovible, sans le moindre profit. Dans le second cas, au bout de sept mois, la tumeur se trouvait très-réduite, bien qu'on n'eût employé aucun traitement et pas le moindre appareil.

M. Dauvé termine son intéressant travail en conseillant un traitement palliatif, qui consiste à faire porter un cuissard compressif, et repousse toute opération sanglante comme dangereuse et inopportune.

M. GUYON fait part à la Société de deux communications : l'une de M. Leteneur, et l'autre de M. Joüon, membres correspondants.

Suture des os. — M. Leteneur, dans son travail, traite au point de vue historique la question de la suture des os.

S'attachant au texte hippocratique, il cherche à prouver, contrairement à M. Bérenger-Féraud (Mémoire dans la *Gazette hebdomadaire*, année 1867) qu'Hippocrate, pas plus que les chirurgiens anciens ou modernes, n'avaient jamais pratiqué cette suture, jusqu'à l'époque où elle a été appliquée pour la première fois en France par M. Flobert de Rouen, en 1839, et en Amérique par M. Kearny Rodgers, dès 1825.

Il est bon d'ajouter à ce propos que Flobert, lorsqu'il a imaginé son procédé, ignorait ce qui avait été fait en Amérique, et que ce n'est que plus tard que furent connus en France les faits de suture des os exécutés par Kearny Rodgers, Valentin Mott et Cheesman de New York.

Hippocrate, dit M. Leteneur, parle bien de la suture des dents dans la fracture de la mâchoire, mais nulle part il n'est question de suture osseuse. Lorsque Hippocrate dit τὰς ῥάφὰς ῥᾶψας, ou comme l'écrit M. Littré : τὰς ἀρχάς ῥᾶψας, ce qui me paraît, ainsi qu'à M. Th. Henri Martin, doyen de la Faculté des lettres de Rennes, moins exact, si surtout on se rapporte à l'édition d'Hippocrate de Genève (1657, in-folio), plus estimée que celle de Foës ; lorsque, dis-je, Hippocrate écrit cette phrase, il a déjà dit : Σευγνῦναι ζεῦξαι τὸυς ὀδόντας, *Attacher les dents ensemble*. Ce qui a induit en erreur M. Berenger-Féraud, c'est qu'au lieu de prendre connaissance du texte même d'Hippocrate, il s'est contenté de lire une assez pauvre traduction de Gardiel, publiée à Toulouse en 1801.

M. Leteneur, en terminant son travail, dit avoir appliqué la suture des os pour la première fois en 1864, comme complément d'une résection dans un cas de fracture non consolidée du fémur. Depuis

ce temps, il a traité de la même manière une seconde pseudarthrose du fémur, plusieurs fractures comminutives de la jambe, et une fracture double de la mâchoire inférieure.

Kyste de l'ovaire. — M. Joüon envoie une observation de kyste de l'ovaire guéri par incision et suppuration, et fait précéder cette intéressante observation des considérations suivantes :

La pratique actuelle divise les kystes de l'ovaire en compliqués, en multiples et en simples à contenu séreux. Pour les premiers, elle prescrit l'ovariotomie, et réserve la ponction suivie d'injection iodée pour les derniers. Mais, à côté de ces cas, M. Joüon pense qu'il y en a d'autres où une troisième méthode de traitement, celle de l'ouverture avec suppuration du kyste, peut trouver son application, ainsi que le prouve le succès qu'il a déjà obtenu. M. Joüon propose de procéder de la sorte, soit de propos délibéré quand le diagnostic est possible, soit dans le cours d'une ovariotomie qu'on reconnaît être impraticable par suite d'adhérences multiples qui n'avaient pu être soupçonnées jusque là.

Outre les cas qui échappent à l'ovariotomie par le nombre et l'étendue des adhérences, l'auteur pense que son procédé mérite encore la préférence comme moins dangereux que l'extirpation de l'ovaire toutes les fois qu'il s'agira de kystes uniloculaires à contenu visqueux.

De tous les procédés d'ouverture, l'auteur donne la préférence à celui de Récamier, devenu classique dans l'opération des poches hydatiques. Que si c'est dans le cours d'une ovariotomie que l'on se décide d'avoir recours à l'incision, alors, afin d'empêcher le liquide de tomber dans le péritoine, il faudra, à l'aide de deux anses, maintenir le kyste contre la plaie abdominale, et avant d'ouvrir, passer plusieurs points de suture, comme on fait pour l'entérotomie.

L'observation de M. Joüon est relative à une femme délicate de 29 ans. La tumeur remontait à trois ans, et on avait déjà pratiqué cinq ponctions successives. L'incision de la paroi abdominale faite, on se trouva arrêté par des adhérences presque générales avec le péritoine pariétal, et aussi avec le foie. Devant l'impossibilité de terminer l'opération, M. Joüon ouvrit le kyste pour le vider, et à l'aide de cinq points de suture métallique, il réunit les lèvres du kyste avec les lèvres de la plaie abdominale.

Bien qu'on fît deux fois par jour des injections antiseptiques, et que la malade se trouvât dans un hôpital placé dans les meil-

leures conditions hygiéniques, on n'a pas moins eu à enregistrer des accidents péritonéaux et infectieux, que la malade a pu heureusement surmonter. Au bout de trois mois, cette malade était entièrement guérie, sauf une petite fistule qui lui reste encore et qui fournit une demi-cuillérée à café de pus dans les vingt-quatre heures.

Nécrose phosphorée. — M. ALP. GUÉRIN. Je désire communiquer à la Société une observation de nécrose phosphorée, d'autant plus qu'elle me paraît en opposition, sur certains points, avec le cas que nous a fait connaître, dans la dernière séance, notre collègue M. Trélat.

Il fut un temps où l'on se pressait d'opérer de pareilles nécroses, jusqu'au moment où M. Lailler vint poser en règle de n'agir que tardivement, alors que l'os se trouve spontanément détaché et a perdu tout droit à la vie.

Cette doctrine, qui est aussi celle de M. Trélat, me semble comporter bien des exceptions, et le cas que j'ai été à même d'observer en est une preuve à coup sûr.

En examinant l'os que je vous présente, vous pouvez voir, messieurs, que celui-ci se trouve recouvert d'un tissu osseux nouveau, en voie de destruction par suite de la grande abondance du pus au milieu duquel il baignait constamment. C'est là une première raison pour laquelle il vaut mieux opérer plus tôt que plus tard.

Une autre raison qui, dans ce cas particulier, m'a engagé d'agir, c'est que le malade perdait régulièrement de deux à trois litres de salive par jour. Sans admettre le danger d'une salivation modérée, comme le soutenait Bérard dans sa *Physiologie*, je ne pouvais pourtant pas me refuser d'admetre ici qu'une pareille perte de salive ne fût une cause puissante d'épuisement.

De l'opération en elle-même, je n'en dirai rien, attendu qu'elle ne nous a offert aucune particularité importante. Je dirai seulement que le périoste et la muqueuse étaient encore adhérents par place, surtout au niveau des insertions musculaires (apophyses genies, angle de la mâchoire et apophyse coronoïde.)

Le malade est sorti guéri de l'hôpital, et depuis deux ans que je l'ai opéré, il continue à bien aller, malgré que, contrairement à toutes mes recommandations, il est retourné à son atelier, où il continue à manipuler des allumettes chimiques.

Un dernier mot sur les appareils prothétiques. Je les crois, pour

mon compte, fort peu utiles, et la mastication, chez mon malade, se fait mieux sans qu'avec l'appareil. J'ajouterai que ce ne sont pas seulement les malades qui se plaignent de cette imperfection, mais aussi les fabricants d'appareils prothétiques. Je ne nie pas que ces appareils ne puissent rendre des services pour l'exercice de la parole et la correction de la forme du visage, mais je les trouve très-insuffisants pour les besoins de la mastication.

M. TRÉLAT. Lorsque j'ai parlé de ma malade, je n'ai pas manqué de dire que j'ai été favorisé par le cas, en ce sens que l'intoxication phosphorée n'était pas assez avancée chez elle pour entraîner la désorganisation de l'os de nouvelle formation, comme dans le cas de notre collègue.

Il ne faudrait pas oublier, en effet, que la nécrose phosphorée a des caractères à part qui la différencient des autres nécroses. L'os nouveau, ou *ostéophyte phosphoré*, a une texture aréolaire et se détruit parfois, à mesure qu'il se forme. De là ces couches stratifiées fort épaisses qui recouvrent l'os, comme sur la pièce de M. Guérin. Dans ces cas, la guérison peut se faire attendre longtemps, et je ne nie pas que l'opportunité d'une opération qui mette un terme à la maladie ne puisse se présenter, mais alors tout à fait exceptionnellement.

Contrairement à M. Guérin, je crois que les appareils prothétiques peuvent rendre des services, même pour la mastication, et la malade que j'ai présentée ici en est un exemple. Grâce à son appareil, cette femme peut mâcher son bifteck d'hôpital, qui certes n'est pas très-tendre, alors que, sans sa mâchoire artificielle, il lui est impossible de s'alimenter avec de la viande.

Si M. Guérin veut seulement dire qu'une mâchoire mécanique ne vaut jamais celle donnée par la nature, alors, je suis entièrement de son avis.

M. CHASSAIGNAC. M. Trélat, en parlant de l'ostéophyte phosphoré, a soutenu que c'est à l'intensité de l'intoxication phosphorée qu'il fallait attribuer sa destruction. Est-ce que, par hasard, le pus qui se sécrète en abondance ne pourrait expliquer ce résultat, auquel cas le drainage et les autres moyens locaux seraient fort utiles?

M. TRÉLAT. L'ostéophyte phosphoré, outre sa texture spongieuse, dont j'ai déjà parlé, offre deux caractères propres, à savoir l'abondance de sa production et la facilité avec laquelle il se détruit. Il n'est donc pas nécessaire de chercher ailleurs les causes de sa disparition, comme vient de le supposer M. Chassaignac.

RAPPORT

M. LABBÉ lit un rapport sur un travail de M. le docteur Lannelongue, intitulé : *De la réduction des hernies à l'aide de la compression continue de la paroi abdominale immédiatement au-dessus du pédicule herniaire, aidée par le taxis*, au nom d'une commission composée de MM. Giraldès, Chassaignac, Labbé, rapporteur.

La question de l'étranglement herniaire, qui a donné lieu à de nombreux et de si importants travaux, est toujours, par suite des difficultés qu'elle présente, à l'ordre du jour de nos préoccupations. La mortalité, malheureusement trop considérable, qui suit l'opération du débridement, a, dans ces dernières années, conduit un certain nombre de chirurgiens à rechercher avec soin les indications qui permettent de faire disparaître l'étranglement des hernies sans intervention de l'instrument tranchant. Les beaux travaux de M. Guyton sur l'emploi du chloroforme dans le traitement de l'étranglement, les nombreuses et importantes publications de M. le professeur Gosselin sur le taxis progressif, ont assurément modifié la face de cette question, et, tout en faisant une part suffisante à la kélotomie, nous ont montré que, dans un grand nombre de cas, des étranglements, même très-serrés, pouvaient disparaître sous l'influence d'un taxis bien fait. En présence des résultats obtenus dans cette direction, nous devons donc accueillir avec une faveur marquée l'indication des moyens propres à rendre plus faciles et plus rapidement efficaces les manœuvres de réduction des hernies étranglées. C'est à ce titre que je suis heureux de signaler très-particulièrement à votre attention le travail que M. le docteur Lannelongue est venu lire devant vous dans la séance du 19 janvier.

Pendant son internat à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Cusco, M. Lannelongue eut l'idée, dans deux cas de hernies étranglées, l'une crurale, irréductible depuis vingt-deux heures, l'autre inguinale et très-probablement congénitale, irréductible depuis vingt heures, d'aider la manœuvre du taxis en déprimant la paroi abdominale au niveau du pédicule des viscères herniés, à l'aide du rebord cubital de la main. Dans les deux cas, le taxis fut pratiqué avec une certaine énergie, et notre confrère n'a pas voulu, malgré la facilité exceptionnelle avec laquelle la réduction avait été obtenue, se fonder sur ces faits, dans lesquels il était difficile de démêler exactement la part d'utilité du taxis et de celle de la pression exercée sur la paroi abdominale.

Pour abandonner l'idée première qui l'avait guidé, il a attendu que des faits plus probants pussent vous être soumis.

Dans ces derniers jours, à peu d'intervalle, M. Lannelongue a pu mettre en pratique le procédé de réduction qu'il propose, et les résultats obtenus sont réellement dignes de fixer toute votre attention.

Hernie inguinale droite. — Chez un premier malade, âgé de 38 ans, une hernie inguinale, pour laquelle un bandage avait été assez régulièrement porté pendant plusieurs années, était étranglée depuis quarante-six heures.

La hernie était sortie à cinq heures du soir, le 14 janvier; à sept heures les premiers vomissements avaient eu lieu, et vers neuf heures, une tentative infructueuse de taxis avait été faite par M. le docteur Abeille. Le lendemain, 15 janvier, les accidents continuant, on eut recours à l'application de la glace, et les tentatives de taxis furent deux fois renouvelées. Dans la nuit il n'y eut aucune amélioration, et le 16 janvier, M. Abeille, après avoir essayé une quatrième fois de faire rentrer la tumeur dans le ventre, se décida à diriger le malade sur l'hôpital Beaujon. M. Lannelongue vit le patient à cinq heures après midi et constata, outre la présence de la tumeur dans la région inguinale, l'existence de hoquets pénibles, de nausées incessantes, une pâleur très-accentuée de la face, avec légère élongation des traits du visage, tous signes qui ne pouvaient laisser de doute sur la nature des accidents.

Le volume de la tumeur était à peu près celui du poing d'un enfant de 10 à 12 ans.

Instruit des tentatives infructueuses de taxis qui avaient été faites, il songea immédiatement à recourir au moyen qui jadis entre ses mains avait paru faciliter la réduction des parties herniées, et il appliqua séance tenante la compression continue sur le pédicule de la tumeur. Pour faire cette compression, il eut recours à l'emploi du plomb, qu'il plaça dans une compresse dont il réunit ensuite les quatre angles au moyen d'un lien. Ce sac improvisé fut suspendu à un cerceau, de manière à peser de tout son poids sur la région de l'abdomen, immédiatement placée au-dessus de la tumeur.

Le malade supporta facilement cette compression, qui fut commencée à trois heures et interrompue à trois heures un quart. A ce moment, au niveau du point comprimé, il existait une dépression assez profonde. Une demi-livre de plomb fut ajoutée, et le sac, qui en contenait alors 3 kilogrammes, fut remis en place pendant cinq minutes; au bout de ce temps, M. Lannelongue appliqua les mains

sur la tumeur, fit les manœuvres du taxis; celles-ci, qui d'ailleurs furent assez douloureuses, amenèrent la réduction complète en moins d'une minute.

Pendant le taxis, la compression avec le sac à plomb avait été continuée.

Les suites de cette opération ont été simples. Le malade a rendu des gaz par l'anus dans la soirée du 16; la première garde-robe a eu lieu le 17 au soir, et le malade a quitté l'hôpital le 18.

Entre le début des accidents, le 14 janvier, à cinq heures du soir, et le moment de la réduction, le 16 janvier à trois heures et demie, il s'était écoulé quarante-six heures et demie.

Hernie inguinale gauche. — La seconde observation de M. Lannelongue a trait à un homme de 34 ans, garçon marchand de vins, qui entra à l'hôpital Beaujon le 17 janvier 1870, à onze heures du matin.

Chez ce dernier, la hernie avait paru pour la première fois en 1866; maintenue habituellement par un bandage, elle a grossi progressivement, de manière à atteindre le volume d'un œuf de poule.

A deux reprises différentes, au mois de mai et dans les premiers jours de janvier, quelques coliques, dont l'apparition semblait devoir être rattachée à l'existence de la tumeur, se montrèrent, mais disparurent sous la seule influence du repos.

Le samedi 15 janvier, vers onze heures du soir, la hernie sortit malgré le bandage et devint irréductible. Le malade seul a fait des tentatives de réduction le soir de l'accident, le dimanche et le lundi, après un bain prolongé.

Les selles ont été complétement suspendues à partir du début des accidents, mais des gaz ont été rendus par l'anus jusqu'au dimanche soir, moment où le malade, vers cinq heures, a vomi pour la première fois. C'étaient les matières alimentaires prises dans la journée qui constituaient le vomissement; le lundi, quoique le malade n'eût pas mangé, il a encore vomi cinq fois. Des coliques violentes ont existé depuis le samedl soir.

L'état général est bon lors de son entrée à l'hôpital; le pouls à 78. La tumeur, grosse comme un œuf de dinde, était partout égale et manifestement sonore dans sa partie moyenne.

M. Lannelongue, se trouvant à l'hôpital au moment où le malade y fut apporté, eut recours immédiatement à la compression exercée au niveau du pédicule, sans emploi préalable du taxis. Un sac, rempli de deux kilogrammes et demi de plomb, fut appliqué sur la pa-

roi abdominale; au bout de cinq minutes on entendit un bruit de gargouillement paraissant se passer dans la région comprimée; la manœuvre étant prolongée pendant quatre minutes encore, une seule tentative de taxis, faite sans violence et ayant à peine duré un quart de minute, amena la rentrée de toutes les parties herniées.

Le malade quitta l'hôpital le jour même.

Entre le début des accidents, le 15 janvier à 11 heures du soir, et le moment de la réduction, le 17 janvier à 11 heures 1/2, il s'était écoulé 36 heures 1/2.

Messieurs, les deux faits que je viens d'analyser rapidement devant vous présentent un véritable intérêt; mais pour que de leur lecture il puisse sortir un enseignement utile, ils doivent être soumis à un examen minutieux.

Pour apprécier à sa juste valeur le moyen de réduction que propose notre confrère, nous devons d'abord nous demander quel a été le degré d'étranglement dans les deux cas qu'il nous a fait connaître. Les détails relatifs au premier malade, que je viens de vous exposer, ne peuvent guère, au point de vue de la clinique, laisser de doute sur l'existence d'un étranglement serré ; les quatre tentatives de taxis faites par M. le docteur Abeille, celle qui a été exécutée par l'interne de service à l'hôpital Beaujon au moment de l'entrée du malade, nous autorisent pleinement à conclure dans ce sens.

Le deuxième cas est, sous ce rapport, moins démonstratif; nous devons remarquer, en effet, que les vomissements se montrèrent seulement le dimanche soir; que l'état général du malade était satisfaisant lorsqu'il entra à l'hôpital. De plus, les tentatives de taxis furent faites par le malade seul, et aucun de vous n'ignore que, pratiquées dans ces conditions, ces manœuvres peuvent souvent échouer, même lorsqu'il s'agit de très-légers étranglements. Lorsque le malade a été vu par M. Lannelongue, la compression au niveau du pédicule a été exercée immédiatement, et dans ce cas il nous manque la démonstration de l'inefficacité du taxis ordinaire fait par des mains habiles. Aussi, tout en reconnaissant que, dans ce fait encore, la réduction paraît avoir eu lieu avec une rapidité relative assez grande, sommes-nous obligés d'ajouter que peut-être le taxis ordinaire, bien fait et prolongé également pendant 9 minutes, eût été capable d'amener un résultat aussi favorable.

Chez le premier malade, la compression a été prolongée pendant 20 minutes, et c'est au bout de ce temps qu'une pression exercée

avec les mains sur la tumeur a déterminé la rentrée des viscères. Là encore, l'on voudrait avoir la certitude qu'un taxis bien fait à deux ou à quatre mains, pendant le même temps, eût été impuissant; mais, malgré cette réserve, j'ajoute immédiatement qu'eût-il dû triompher de l'obstacle à vaincre, ce taxis eût été nécessairement très-douloureux; la douleur eût pu être supprimée et la réduction facilitée par l'emploi du chloroforme; mais c'est précisément en nous permettant peut-être de renoncer à l'usage des anesthésiques, que le procédé de réduction proposé par M. Lannelongue pourra acquérir une valeur véritable. Or, l'auteur du travail que j'analyse en ce moment est très-disposé, dans l'interprétation théorique qu'il donne du moyen mis par lui en usage, à rapprocher, dans une certaine limite, l'action obtenue à l'aide de ce *modus faciendi* de celle que l'on observe lorsqu'on soumet les mades à la chloroformisation, dans le but de vaincre un étranglement herniaire. Il pense que l'application énergique et continue de la compression sur une assez large surface de la paroi abdominale est susceptible de fatiguer les plans musculaires qui la constituent au point de lasser leur énergie contractile, et de neutraliser la tendance qu'ils pourraient avoir à maintenir dans le sac les viscères herniés.

Quoiqu'une démonstration rigoureuse de ce rôle des parois abdominales n'ait point encore été donnée, cette manière de voir, déjà défendue avec talent par Guyton, me paraît acceptable dans une certaine mesure.

Poursuivant la recherche d'une explication satisfaisante du mode d'action de la compression exercée sur la paroi abdominale au niveau et au-dessus du pédicule herniaire, M. Lannelongue suppose que la pression, se transmettant de la paroi aux parties qui se rendent dans le sac, tend à exercer sur celles-ci un tiraillement dans un sens opposé à celui suivant lequel les viscères se sont engagés à travers l'orifice herniaire; il ajoute que le calibre de l'intestin voisin de la hernie se trouve effacé, par suite du refoulement des liquides et des gaz contenus dans son intérieur, et que dès lors la tension contre laquelle les efforts du taxis doivent s'exercer est diminuée d'autant.

Une dernière explication théorique, invoquée par M. Lannelongue, est la suivante. Il pense que dans certains cas, si la compression peut être faite de manière à s'exercer au devant d'un plan suffisamment résistant, elle serait susceptible de porter entrave à la circulation artérielle intestinale et épiploïque, et partout capable de

lutter, pendant les premières heures surtout, contre la production ou au moins l'aggravation de l'étranglement.

Quoi qu'il en soit de ces diverses explications, qui ont au moins le mérite de ne pas être en contradiction avec les notions habituelles de la physiologie, nous devons reconnaître, messieurs, que les faits qui nous ont été communiqués par M. Lannelongue sont dignes de toute notre attention, car il me paraît bien incontestable que la rentrée des viscères a été chez ces malades facilitée dans une mesure notable par la combinaison de la pression abdominale et du taxis. Pour acquérir une grande valeur et entraîner la conviction, ces observations doivent être multipliées, et les premières devront être faites dans des conditions telles, que la démonstration de l'inefficacité au moins relative du taxis ordinaire soit bien rigoureuse.

Le procédé d'application est simple, facile à mettre en usage, et, sans nul doute, un certain nombre d'entre nous pourront, dans quelque temps, soumettre à la Société le résultat de leur expérience sur ce point pratique.

Je dois ajouter que M. Lannelongue a sagement indiqué dans son travail qu'il entendait n'appliquer ce mode de réduction que dans la limite ordinaire où le taxis est reconnu opportun, limite dont le degré extrême est d'ailleurs difficile à préciser, mais que les notions sur le volume, l'ancienneté, la contention plus ou moins complète de la hernie, nous servent à établir.

Messieurs, il était intéressant de rechercher si le procédé préconisé par notre confrère avait été indiqué avant lui. Sur ce point, il est très-évident qu'il ne peut pas subsister de doute. Ainsi, dans la thèse d'agrégation soutenue par M. Desprès sur la hernie crurale, en 1863, nous lisons que dans l'Inde on a mis en usage un procédé qui consiste à comprimer le ventre avec une serviette, et à le faire remonter vers l'ombilic, comme pour attirer la masse intestinale en haut.

D'un autre côté, dans sa *Médecine opératoire*, M. Sédillot (3e édition, 1866) a écrit le passage suivant : « Un dernier procédé de taxis que nous ne trouvons pas mentionné dans les auteurs, et qui pourrait cependant être quelquefois appliqué avec succès sur les individus dont les parois abdominales seraient flasques et molles, et particulièrement chez les femmes ayant eu des enfants, consiste à ramener dans l'abdomen les parties herniées, en les comprimant au-dessus du ligament de Fallope contre la fosse iliaque, et en les tirant légèrement et avec beaucoup de précaution, de bas en haut, au moyen des parois du bas-ventre. »

La citation que je viens de faire démontrait bien nettement que la pensée d'utiliser la pression des parois abdominales pour faciliter la réduction des hernies est venue à l'esprit de quelques chirurgiens, mais il faut reconnaître que cette idée est restée surtout à l'état de conception théorique. Repris et développé comme il vient de l'être par M. Lannelongue, appuyé sur des faits recueillis avec soin, soumis à votre contrôle, ce procédé me paraît au contraire, aujourd'hui, destiné à prendre rang dans la pratique chirurgicale.

Chemin faisant, M. Lannelongue a signalé dans ses observations la température du rectum chez ses malades; elle a varié entre 37°,5 et 38°. C'est là, on le sait, la température normale de cette partie du corps. Dans le cas de péritonite, au contraire, le thermomètre introduit dans le rectum marque 39° et jusqu'à 40° et au-dessus. Cette notion, ainsi que le fait observer notre confrère, pourrait peut-être être utilisée, dans certains cas difficiles, pour diagnostiquer la péritonite abdominale accompagnant un étranglement herniaire.

Mais sur ce point, messieurs, une affirmation doit être donnée avec la plus grande réserve; d'abord, parce que les faits de cette nature ne reposent pas encore sur une observation suffisante; ensuite parce que, ainsi que le reconnaît lui-même M. Lannelongue, tous les chirurgiens ont pu voir certains étranglements s'accompagner dès le début d'une réaction générale vive, d'une augmentation de température notable, sans que cependant le péritoine fût enflammé.

Je tenais cependant à mettre en lumière ce point intéressant du travail de notre confrère, car des recherches faites avec suite dans cette direction pourraient devenir le point de départ d'un moyen assez précis de diagnostic.

Messieurs, au nom de la commission dont je suis le rapporteur, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser à M. Lannelongue des remercîments pour son intéressante communication;

2° D'inscrire son nom en rang honorable sur la liste des candidats à la place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Ces conclusions sont votées.

M. DESPRÈS. C'est à tort que M. Labbé, en parlant du procédé indien, ajoute que c'est là une conception théorique plutôt qu'un fait d'expérience. M. Labbé n'aurait qu'à consulter le *Manuel opératoire* de Malgaigne pour se convaincre que les Indiens réduisent ainsi des hernies et font de la pratique, se souciant fort peu de la théorie. Dans son livre de médecine opératoire, notre collègue M. Guérin décrit un autre procédé de réduction des hernies, par

effilement du pédicule, qui appartient à mon père et que je signale aussi à M. Labbé.

En face d'un procédé de réduction fondé sur un petit nombre de faits, nous devons être très-réservés, et cela d'autant plus que, placé en face d'une hernie irréductible, le chirurgien ignore souvent s'il a affaire à une hernie étranglée ou enflammée. Je citerai à l'appui de ce que j'avance un fait qu'il m'a été donné d'observer à l'hôpital lorsque je remplaçais M. Verneuil.

Le début des accidents remontait à douze heures; je chloroformais le malade pour pratiquer le taxis, qui échoue. Un cataplasme est appliqué alors sur la tumeur, et la hernie se réduit toute seule du jour au lendemain. Très-probablement j'avais affaire dans ce cas à une hernie enflammée plutôt qu'étranglée.

M. VERNEUIL. Je pense que tout perfectionnement apporté au taxis pour rendre celui-ci plus facile et d'une durée plus courte devra être accepté comme un bienfait.

Le procédé de M. Lannelongue mérite d'être pris en sérieuse considération, attendu que dans un cas où il a réussi, il s'agissait précisément d'une hernie petite, chez un sujet jeune, pour laquelle des tentatives de taxis réitérées avaient été tentées sans succès; en un mot, d'une hernie étranglée ou qui était en train de le devenir. Du reste, un procédé qui a permis de réduire la hernie dans un quart de minute est quelque chose d'assez satisfaisant pour qu'on y fasse attention.

Si la hernie contenait de l'épiploon, on comprendrait encore mieux le mécanisme de la réduction, le sac en plomb agissant alors sur la corde épiploïque.

Le ballonnement, quand il existe, devra naturellement contrarier l'action du sac compresseur. Enfin, je voudrais savoir si ce procédé peut rendre des services pour les hernies crurales étranglées.

Un point de la pathologie herniaire qui mérite qu'on y insiste, c'est la nécessité d'appliquer à cette étude les données précieuses de la thermométrie; c'est qu'en effet le degré de la température trace souvent le pronostic là où le pouls ne donne aucune indication précise. Voici un exemple à l'appui de cette thèse : de trois individus que j'ai opérés de hernie, l'un m'avait offert 39,5, et les deux autres 37,5 de chaleur; bien que l'état du premier paraissait moins grave, il n'en a pas moins succombé, alors que les deux autres ont survécu.

Une autre remarque que j'ai faite, c'est que la rétention seule des matières dans l'intestin suffit pour élever la température en dehors de toute phlegmasie péritonéale.

M. LARREY. Le procédé de M. Lannelongue nous paraît devoir donner des succès; seulement, je dois faire remarquer qu'il a son analogue dans le procédé complexe de Ribes, qui faisait de la compression continue à l'aide d'un bandage, en même temps qu'il appliquait de la glace.

J'en dirai autant du procédé de Baudens et d'Amussat, qui n'est qu'une espèce de taxis continu.

L'élévation du bassin peut rendre aussi des services, et je me rappelle qu'étant à l'hôpital du Gros-Caillou, il y a une vingtaine d'années de cela, j'ai vu une hernie, étranglée depuis trente-six heures et ayant résisté à toutes les tentatives de taxis, se réduire spontanément pendant qu'on transportait le malade sur un brancard d'un étage inférieur à un étage supérieur. Probablement la position déclive et les secousses inévitables de ce genre de transport ont contribué à la réduction.

M. TRÉLAT. Je partage l'avis de ceux qui font des réserves à l'égard de la signification réelle des observations de M. Lannelongue. Et d'abord, avant de nous demander comment agit ce procédé, il faut savoir si M. Lannelongue applique son poids au niveau même du pédicule, comme il l'a dit lors de sa lecture, ou bien si c'est immédiatement au-dessus, comme semble l'avoir corrigé M. Labbé sur une observation de M. Verneuil.

Je le répète, la réserve est doublement de rigueur ici, d'abord, parce qu'il n'y a rien de difficile comme de diagnostiquer au juste la nature de l'accident herniaire, et ensuite parce que nous savons que les moyens les plus divers ont réussi ou échoué tour à tour.

M. LABBÉ. La réserve que me demandait tout à l'heure M. Desprès, je crois l'avoir gardée lorsque j'ai déclaré dans mon rapport que de nouvelles recherches étaient nécessaires avant que de vouloir juger définitivement la méthode.

Je ferai seulement observer à M. Desprès que s'il a réussi dans le cas dont il vous a parlé avec un cataplasme, il ne faut pas qu'il oublie que le taxis préalable avec le secours de l'anesthésie a pu y contribuer pour beaucoup. Ensuite, rien ne prouve que, s'il avait prolongé le taxis de quelques minutes, il n'eût réussi.

A M. Verneuil qui me demande si une hernie crurale peut être réduite par ce procédé, je répondrai qu'on a déjà réussi une fois.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : — Le *Bulletin de la Société de médecine du département de la Sarthe.* — *Le Sud médical.*

— *Transactions of the pathological Society of London*, t. XX. Londres, 1869, in-8° avec nombreuses planches.

— *Aphasie syphilitique*, par le docteur Benjamin Tarnowsky. Paris, grand in-8°, 1870.

— M. le docteur Montanier écrit à la Société pour l'avertir que M. le docteur Payen (de Paris) a institué en sa faveur un *legs consistant en portraits, bustes et instruments qui offrent une valeur historique.* — La Société accepte le legs et prie M. le président de faire les démarches convenables.

DISCUSSION

Etranglement herniaire. — M. DESPRÈS. Messieurs, M. Labbé eût pu constater que de nombreuses tentatives ont été faites pour réduire les hernies par la compression mécanique. J'aurais voulu les trouver dans le rapport de notre collègue. Malgaigne les a rapportées dans son *Traité de médecine opératoire*, et il les avait jugées défectueuses. Le procédé utilisé par M. Lannelongue existait depuis longtemps comme moyen de compression ; Earle avait employé une vessie pleine de mercure ; d'autres avaient employé un morceau de plomb. Comme but, le taxis, le malade ayant la tête en bas, et le procédé indien (compression du ventre avec une serviette pour attirer en haut la masse intestinale), arrivaient au résultat cherché. Mais, messieurs, ceci n'est point l'objet de mon discours. Je répondrai toutefois encore un mot à M. Labbé. Lorsque j'ai parlé d'un malade chez lequel une hernie irréductible le matin, malgré le taxis avec le chloroforme, s'était réduite le soir sous l'influence d'un

cataplasme appliqué toute la journée, il m'a dit que si j'avais continué le taxis, j'aurais mieux fait, car j'aurais réduit certainement la hernie. Je retourne l'argument contre M. Labbé, et je lui dis que des hernies guérissant par la compression, alors que le taxis avait déjà échoué, auraient été réduites si le taxis avait été prolongé. Ceci revient à dire qu'il y a des hernies qui rentrent seules à un moment donné. D'après ce que j'ai vu jusqu'ici de hernies opérées, d'après celles que j'ai opérées moi-même, d'après les chiffres des statistiques de hernies opérées produites, j'ai tiré, dans la dernière séance déjà, une conclusion qui me fait considérer comme dangereux tous les moyens vantés hier et aujourd'hui pour réduire les hernies étranglées.

La compression des hernies et du ventre avec des corps pesants, la compression avec une bande, de Baudens ; la compression avec une bande de caoutchouc, de M. Maisonneuve ; le taxis forcé quel que soit le procédé employé, sont des moyens illusoires, capables de faire perdre un temps précieux lorsqu'il s'agit de hernies véritablement étranglées.

C'est à leur emploi qu'il faut, à mon sens, attribuer les résultats pénibles de la pratique hospitalière de Paris. Je n'en veux qu'une seule preuve. J'ai opéré, en ville et dans les hôpitaux, trois hernies étranglées; l'étranglement était de deux ou trois jours. Pendant ce temps, des tentatives de taxis avaient été répétées; les trois malades avaient de la gangrène; elles sont mortes toutes trois. J'ai opéré une hernie inguinale douze heures après le début de l'étranglement; une seule tentative de taxis avait été faite. J'ai moi-même essayé de réduire pendant quelques minutes, et, séance tenante, j'ai opéré. Le malade a guéri. Ce qui m'est arrivé est arrivé à mes collègues. Dans le cours de mes études dans les hôpitaux, j'ai vu guérir une hernie étranglée; c'était une hernie crurale étranglée depuis douze heures. Aucune tentative de taxis n'avait été faite en ville; la malade avait été mise au bain; un court taxis a été pratiqué, et M. Manec a opéré aussitôt. Le lendemain, la malade allait à la selle; quelques jours après, la guérison était complète.

Messieurs, en 1861, 1862 et 1863, la pratique hospitalière, reproduite dans la grande statistique des hôpitaux, donne 164 opérations, 138 morts, soit 80 p. 100 de morts pour l'opération de la hernie étranglée.

Si je compare ces résultats à ceux de la chirurgie anglaise et allemande, je trouve avec chagrin que l'avantage n'est pas pour notre pays. Dans la statistique de Textor : 54 opérations, 24 morts,

Dans la statistique de M. Gay, en 1858, 22 opérations, 11 morts.

Mais je trouve une consolation dans cette considération, qu'à l'hospice de la Vieillesse (hommes), et à celui de la Vieillesse (femmes), là où on opère les malades de bonne heure, la mortalité est de 1 sur 3 ou de 2 sur 5.

La statistique de M. Manec et celle de mon père, qui ont été pendant longtemps chirurgiens des hôpitaux de vieillards, est plus avantageuse que celle des chirurgiens étrangers, puisque les nôtres ont eu en moyenne 1 mort sur 3 opérés. J'ai vu opérer les deux chirurgiens. Ils opéraient de bonne heure ; ils ne temporisaient pas en face des petites hernies, et c'est là la pratique de l'Allemagne et de l'Angleterre, sauf que l'on y opère de grosses hernies enflammées, ce qui charge la statistique. Pourquoi en est-il autrement chez nous ? Parce que, messieurs, nous oublions J. Petit, *l'Académie de chirurgie* et Boyer, tandis que les étraugers ont conservé leurs traditions. En Angleterre et en Allemagne, on n'abuse pas du taxis. Chez nous, des moyens trop vantés inspirent à tous les médecins l'envie de tenter les réductions, et nous n'avons dans les hôpitaux les hernies que longtemps après le début de l'étranglement. On se fie trop au taxis prolongé préconisé par un maître, M. Gosselin. Les travaux de ses élèves ont exagéré la valeur du moyen, et aujourd'hui on perd trop de temps au taxis. Ce savant professeur lui-même a déjà réagi contre les tendances excessives qu'on lui a prêtées. Dans l'article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, sur la Hernie crurale, il dit : « Pour une hernie étranglée depuis douze heures, faites un taxis de quinze minutes au plus, et opérez ; pour une hernie étranglée depuis plus de dix-huit heures, cinq minutes de taxis, et opérez. » Il y a loin de là à ces taxis de une heure dont il était autrefois question.

L'opération faite de bonne heure, voilà le secret de la guérison des hernies étranglées. Il faudrait, messieurs, écrire cela en lettres d'or dans les traités de chirurgie et dans nos bulletins, afin d'éviter toute ces temporisations et ces abus de moyens inefficaces contre les hernies véritablement étranglées.

Pour moi, d'après les raisons que je viens de faire valoir, je dis : toutes les fois qu'une hernie petite est subitement devenue irréductible et douloureuse, quand les vomissements se répètent, quand l'état général du malade s'aggrave, il faut opérer après une courte tentative de taxis. J'avoue même que j'aimerais mieux ne pas faire de taxis que de le prolonger. Que la hernie soit étranglée simplement ou étranglée par inflammation, l'opération n'en sera pas moins bonne.

M. CHASSAIGNAC. Avant d'inscrire en lettres d'or le précepte que vient de poser M. Desprès, qu'il me permette de lui dire qu'en fait de statistique, on doit distinguer les résultats généraux de ceux fournis par chaque chirurgien en particulier. C'est ainsi que, pour mon compte, pendant les huit années que j'ai passées à Lariboisière, sur trente opérations de hernie, j'ai eu 13 succès et 17 insuccès; proportion bien consolante, comparativement à celle que nous donnait tout à l'heure notre collègue.

M. TRÉLAT. Si les paroles que vient de prononcer M. Desprès sont vraies, il résulte que pour notre collègue toute hernie irréductible est nécessairement étranglée. C'est là une doctrine que, pour mon oompte, je ne saurais accepter. Que si notre collègue a voulu dire par là que dans les cas menaçants de petites hernies, il ne fallait pas prolonger outre mesure les tentatives de taxis, et attendre trop longtemps pour opérer, alors je suis d'accord avec lui, car c'est aussi mon opinion personnelle.

M. LABBÉ. Si M. Desprès est véritablement pour l'opération immédiate des hernies, alors qu'une courte séance de taxis a échoué, je ne comprends plus ce qui l'a guidé lorsqu'en nous parlant l'autre jour d'un de ses malades chez lequel il n'avait pu réduire la hernie par le taxis, il nous dit qu'il s'était contenté de lui prescrire un cataplasme.

M. Desprès revient aujourd'hui sur la question de priorité; mais ni moi, ni M. Lannelongue, nous n'avons élevé une prétention de ce genre. Tout ce que nous avons voulu établir, c'est l'utilité du procédé et rien de plus. Dans cette revendication de priorité, qui pour le moins était inutile, M. Desprès a cité entre autres noms celui de Earle; que notre collègue me permette de lui dire que le procédé de ce chirurgien diffère de celui de M. Lannelongue, en ce sens que Earle comprimait sur l'anneau même, tandis que M. Lannelongue fait porter le poids sur la paroi abdominale, immédiatement au-dessus de l'anneau.

M. Desprès, à l'appui de sa thèse, insiste sur les succès obtenus à la Salpêtrière et à Bicêtre, oubliant que dans ces établissements, et je le sais par expérience, les malades arrivent à l'infirmerie très-peu de temps après le début des accidents, et sans avoir subi des tentatives réitérées ou prolongées de taxis, c'est-à-dire dans des conditions exceptionnellement bonnes pour qu'une opération puisse réussir.

Dans les hôpitaux ordinaires, les choses se passent tout autrement; un temps généralement long s'est écoulé, et lorsque les ma-

lades nous arrivent, toute tentative, aussi bien de taxis que d'opération, n'offre plus les mêmes chances de succès. Est-ce à dire que dans ces conditions mauvaises il faille désespérer? Évidemment non, et les succès dont parlait tout à l'heure M. Chassaignac, 13 sur 30, et le chiffre encore grand des réductions heureuses obtenues spontanément ou par le taxis, prouvent que les résultats ne sont pas aussi constamment mauvais dans les hôpitaux que semblait le dire notre collègue.

Sans doute, nous désirerions que les malades arrivassent à l'hôpital plus tôt, et nous déplorons tout le temps perdu en vaines tentatives; mais est-ce à dire qu'il faille renoncer de prime abord au taxis, alors surtout qu'on sait qu'en ville il est souvent incomplétement fait? Cela dépend des cas.

M. Gosselin, sans poser de règle absolue, a cherché à formuler comme précepte général, qu'il fallait opérer de bonne heure, et qu'au delà de 24 à 48 heures pour les hernies inguinales, et de 12 à 24 pour les crurales, on ne devait plus compter sur le taxis. M. Gosselin veut, en outre, que pour les hernies inguinales, congénitales, on perde le moins de temps possible, attendu qu'il considère cette espèce de hernie comme plus promptement irréductible que les autres, contrairement à ce que nous disait l'autre jour M. Desprès, qui se trompait en soutenant l'opinion contraire, qu'il est seul, je crois, à partager. On voit, d'après cela, combien M. Desprès est dans l'erreur lorsqu'il avance que M. Gosselin et ses élèves ont eu le tort de propager dans le public l'idée de l'attente indéfinie et du taxis forcé dans le traitement des hernies étranglées.

M. DESPRÈS. Si l'on échoue si souvent, le tort ne revient ni aux chirurgiens des hopitaux, ni aux membres de la Société de chirurgie, mais aux médecins de la ville qui, mal enseignés par certains écrits, perdent un temps précieux à des pratiques sans valeur, ou prolongent outre mesure les tentatives de taxis, et lorsque les malades nous arrivent à l'hôpital, le mal est à peu près irrémédiable.

Il faut donc dire tout haut, pour qu'on le sache bien, qu'une courte tentative de taxis ayant échoué, pour peu que les accidents pressent, l'opération devra être pratiquée non au bout de 24, 36 ou 48 heures, comme le disait tout à l'heure M. Labbé, d'après son maître M. Gosselin, mais bien 10 à 12 heures au plus après le début des accidents, ainsi que le voulaient les vieux chirurgiens.

M. GIRALDÈS. Je désire faire quelques courtes remarques :

M. Desprès, en accusant M. Gosselin d'avoir propagé dans le pu-

blic la pratique du taxis forcé et quand même, lui attribue une chose qui ne revient qu'à Seutin et à d'autres chirurgiens belges.

En parlant tout à l'heure de la hernie congénitale, on a insisté sur la différence qui pouvait exister entre cette espèce de hernie et celles dites *acquises*. C'est évidemment là une erreur, attendu qu'il est aujourd'hui parfaitement reconnu que sur 28 hernies congénitales, *deux* sont véritablement vaginales, et les 26 autres rentrent dans la classe des hernies ordinaires, à sac péritonéal.

M. FORGET. Dans le traitement des hernies étranglées, deux doctrines opposées sont en présence : celle du taxis prolongé ou forcé, et celle de l'opération hâtive. Le taxis forcé revient à Amussat, et c'est Lisfranc qui a répandu dans la pratique le taxis prolongé. Pendant longtemps j'ai suivi de près la pratique de Lisfranc, et je dois dire que ce chirurgien n'était pas heureux dans ses opérations. Par contre, Boyer fils, à l'Hôtel-Dieu, qui opérait de bonne heure, sauvait un grand nombre de malades, ainsi que cela se voit à Bicêtre et à la Salpêtrière. D'après cela, je serais disposé à adopter l'opinion exprimée par M. Desprès, et je considère comme funeste la pratique du taxis forcé et prolongé à la manière d'Amussat et de Lisfranc.

COMMUNICATIONS

M. DOLBEAU montre à la Société un dessin représentant l'opération de la lithotritie périnéale, telle qu'elle a été exécutée sur le cadavre. La coupe, faite sur le sujet préalablement congelé, montre le canal accidentel formé du col de la vessie dilaté et intact, et les parties molles du périnée refoulées en tout sens, sans lésion aucune du bulbe qui est en avant, et du rectum, situé en arrière. On dirait un véritable vagin s'ouvrant dans la vessie.

M. P. HORTELOUP donne lecture, à l'appui de sa candidature, d'un travail intitulé : « *Du traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée par la compression.* » Renvoyé à la commission déjà nommée, chargée d'examiner les titres antérieurs de M. Horteloup.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 2 MARS 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — Le *Journal de médecine de l'Ouest*. — Le *Marseille médical*.

— *Appareils à fractures compliquées*. Brochure in-8° avec une photographie, par M. le docteur Dubost.

— *Objets offerts à la Société au nom du docteur J.-F. Payen*.

Les héritiers du docteur Payen, se conformant à son désir exprimé dans une note dont copie est adressée à la Société, envoient les objets indiqués dans cette note.

Ce sont : 1° une collection de *calculs* provenant de frère Côme, de Souberbielle et de Dupuytren. — 2° Des *instruments de taille* de frère Côme et de Souberbielle. Ceux de frère Côme, parmi lesquels on remarque son premier lithotome, des tenettes variées, dont quelques-unes sont destinées à broyer le calcul dans la vessie, sont tous marqués d'une ancre. — 3° Un portrait à l'huile de Cheselden et des bustes en plâtre de frère Côme, de Chaussier et de Dupuytren. — 4° Des livres, brochures et pièces rares relatives à l'opération de la taille.

— La Société décide que des remercîments seront adressés aux héritiers du docteur Payen.

M. LABBÉ insiste sur la nécessité qu'il y aurait à ne pas introduire dans les procès-verbaux de la Société des notes remises par les membres au secrétaire à l'occasion de discours prononcés par eux.

La Société, après une courte discussion, décide que le secrétaire pourra toujours s'en servir à titre de renseignement, et passe à l'ordre du jour.

M. VERNEUIL communique à la Société l'observation suivante, qu'il fait suivre de remarques très-intéressantes au sujet des hémorrhagies consécutives.

Ostéosarcome de la mâchoire inférieure. Extirpation. Guérison pendant un an. Récidive. Nouvelle opération. Ligature préliminaire de la carotide externe. Hémorrhagies consécutives. Ligature de la carotide primitive. Mort. Altération généralisée du foie. — Jean F..., 32 ans, domestique, habitant le département de l'Aisne, entre à Lariboisière, salle Saint-Louis, n° 25, le 12 janvier 1870.

Cet homme, de bonne constitution, n'ayant eu ni syphilis ni scrofule, avait joui de la meilleure santé jusqu'en 1864. Au mois de novembre, une molaire cariée de la mâchoire inférieure du côté gauche avait été extraite; au mois d'avril suivant (1865), au lieu occupé par cette dent parut une petite tumeur, qui grossit peu à peu, tout en restant indolente. Elle avait acquis, en septembre 1868, le volume d'un gros œuf de poule, gênant la mastication, déformant le visage et distendant la peau sans l'altérer.

Le 14 septembre, M. B. Anger ayant reconnu un ostéosarcome, réséqua la moitié gauche de la mâchoire. Le trait de scie antérieur passa au niveau de la canine. Mais en haut on ne fit point de désarticulation. Le col et le condyle restèrent donc en place.

Les suites furent très-simples. La plaie, parallèle au bord du maxillaire, se cicatrisa par seconde intention. F... retourna dans son pays le 25 octobre, se croyant complétement guéri. Un an plus tard, il s'aperçut que la joue du côté opéré venait presser contre les molaires de la mâchoire supérieure et saignait un peu. Un mois après, la tumeur reparut en haut de la cicatrice, et des élancements douloureux se firent sentir dans la joue; c'est alors qu'il se décida à entrer à l'hôpital.

La récidive, en effet, était manifeste. Une saillie cylindrique, du volume du pouce, soulevait l'ancienne cicatrice; elle remonte en haut jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire, descend jusqu'au point occupé jadis par l'angle de la mâchoire, et en dedans, du côté de la bouche, proémine en envahissant la muqueuse, qui est rouge, adhérente et légèrement excoriée. Il semble que le mal s'est reproduit dans le tronçon de la mâchoire épargné supérieurement dans la première opération, et s'est étendu depuis en bas et en dedans.

La santé générale est excellente. On ne découvre au cou nulle trace d'engorgement ganglionnaire, c'est pourquoi on veut tenter un dernier effort et recourir à une dernière opération.

Voici quel plan fut conçu et mis à exécution. Incision de la cicatrice verticale. Dissection de la lèvre antérieure, en respectant, si

la chose était possible, la parotide et le nerf facial. Dissection de la lèvre postérieure, pour isoler la tumeur en arrière, en passant avec précaution entre elle et le paquet vasculo-interne, la jugulaire et les nerfs satellites.

La dissection devait aller jusqu'à la muqueuse buccale, sans l'intéresser. Pour extirper le prolongement interne, on devait passer de dehors en dedans une série d'anses de fil, circonscrivant la circonférence de la tumeur et servant à conduire des chaînes d'écraseur. De cette façon, la pénétration du sang dans la bouche et la gorge serait à peu près évitée.

On devait s'attendre pendant cette opération, nécessairement longue et délicate, à ouvrir de nombreux vaisseaux, et en particulier la carotide externe, dont on ne pouvait prévoir les nouveaux rapports. Il fut donc résolu que ce vaisseau serait lié à l'avance; cette précaution paraissait d'autant plus indiquée, que la ligature en question est peu dangereuse, et qu'elle semblait devoir être facile à cause du peu de volume du cou et de l'intensité des battements de la carotide primitive au niveau de la bifurcation.

Le 19 janvier, l'opération fut entreprise. MM. Cusco et Guyon voulurent bien y assister et apporter leur précieux concours.

Pour découvrir la carotide externe, une incision fut menée du point représentant l'angle manquant du maxillaire jusqu'au bord antérieur du sterno-mastoïdien. J'allai à la recherche de la bifurcation d'abord, puis de l'artère thyroïdienne supérieure; mais le travail de mastication, consécutif à l'opération antérieure, avait modifié les rapports de la région et attiré fortement en dedans et en haut la carotide externe. La thyroïdienne ne put être trouvée. Je cherchai plus haut le nerf hypoglosse, que M. Guyon considère comme le meilleur point de repère, et avec raison, car aussitôt le nerf trouvé, je n'eus qu'à découvrir le vaisseau qui le croise perpendiculairement : c'était la carotide cherchée. Elle fut liée à 15 millimètres environ au-dessous du nerf, à une distance assez grande de toute branche collatérale.

Cette opération préliminaire avait duré près de vingt minutes, mais ce temps ne fut pas perdu, car, pendant tout le reste de l'opération, l'hémostase fut prompte et facile. Je n'eus à lier que trois artérioles pendant la dissection superficielle. Une quatrième, probablement la maxillaire interne, fut blessée à la fin de l'opération; comme sa position profonde rendait difficile l'application d'un fil, je me contentai de la saisir avec une pince à ligature, qui fut maintenue dans la plaie jusqu'au quatrième jour. J'ajoute que la quan-

tité de sang perdu fut peu considérable (environ deux palettes), et que la combinaison de la ligature préalable et de la section des parties profondes avec l'écraseur linéaire eut le double avantage d'économiser le sang et de me donner une sécurité complète pendant tout le temps de cette longue opération.

La ligature pratiquée, je suivis le plan indiqué plus haut. Une incision pratiquée de haut en bas sur l'ancienne cicatrice vient rejoindre la place de la ligature. Dissection de la lèvre antérieure. La parotide adhère fortement à la tumeur; il faut en sacrifier une partie, et le nerf facial en même temps.

Dissection de la lèvre postérieure un peu moins laborieuse; ici on redouble de précaution pour isoler la face postérieure et interne de la tumeur des vaisseaux carotidiens. On y parvient, en se servant le plus souvent du doigt et d'instruments mousses. Le bistouri et les ciseaux, prudemment conduits sur l'angle de l'index gauche, isolent les extrémités supérieures et inférieures de la tumeur.

Celle-ci, séparée de ses connexions en haut, en bas, en avant et en arrière, ne tient plus que par sa face interne, qui répond à la joue, au pilier du voile du palais et à la portion voisine du pharynx. Jusqu'alors, la cavité buccale n'a point été intéressée et n'a point reçu une seule goutte de sang.

Pour compléter l'ablation, je procède de la manière suivante : une sonde cannelée, portée dans l'angle supérieur et antérieur de la plaie, est dirigée vers la cavité buccale; sa pointe est reconnue par la pulpe de l'index gauche introduit dans la bouche à l'aide d'une pression modérée. Les parties molles sont traversées; un stylet, conduit dans la cannelure de la sonde, sert à porter un fil dont un des chefs est ramené par l'orifice buccal.

La sonde est introduite de nouveau et de la même manière dans l'angle antérieur et inférieur de la plaie, un second fil traverse la paroi. Les chefs buccaux de ces deux fils étant réunis par un nœud, une anse est constituée. Le fil est remplacé par une chaîne d'écraseur, qui divise verticalement la muqueuse génale au devant de la tumeur.

Une autre chaîne, placée de la même façon, en arrière de la tumeur, divise à son tour et verticalement la paroi pharyngienne.

Deux autres chaînes, agissant horizontalement, achèvent de détruire les connexions supérieure et inférieure de la masse morbide. Celle-ci ne tient plus que par un pédicule adhérent à la partie la plus reculée de la face externe de la mâchoire supérieure. Un fil

triple étreint ce pédicule, et quelques coups de ciseaux achevèrent l'ablation. C'est alors qu'on vit surgir un jet artériel assez fort, dont on se rendit maître en saisissant le vaisseau avec une pince qui fut laissée en place, comme je l'ai dit plus haut.

Pour plus de précaution, et dans la crainte que quelques points du mal aient échappé, je touche, avec le fer rouge, les parties les plus reculées de la vaste et profonde excavation. Celle-ci fait communiquer largement la bouche et le pharynx avec l'extérieur, car la perte de substance de la muqueuse ne mesure pas moins de quatre à cinq centimètres dans les divers diamètres.

La plaie est mollement remplie de bourdonnets de charpie imbibés d'alcool. Quelques compresses mouillées du même liquide et soutenues par une bande complètent le pansement, qu'on devra arroser d'heure en heure avec de l'eau fraîche alcoolisée.

Point d'accidents immédiats. La douleur consécutive à l'opération s'apaise dans la journée, sauf vers les parties profondes. La déglutition reste possible, et c'est avec peine que le malade ingère, avec un biberon, une certaine quantité de vin et de bouillon. Les jours suivants amènent une amélioration progressive. Le premier pansement avait été laissé intact le lendemain. Le surlendemain, les compresses et les bourdonnets les plus superficiels avaient été renouvelés.

Le 22 (3e jour), la charpie profonde est enlevée à son tour. Elle était imprégnée d'une sanie infecte, dont la saveur et l'odeur incommodaient beaucoup l'opéré. La plaie, du reste, a bon aspect. En plusieurs points, elle est détergée et laisse voir une granulation commençante de bon aspect. Les douleurs ont cessé presque entièrement. La déglutition se fait assez aisément. La fièvre est très-modérée, et l'odeur putride étant neutralisée par les pansements, le désir de manger revient. F..., qui, avant l'opération et dans les premiers jours suivants, était en proie aux plus vives terreurs, reprenait tout à fait courage.

Le 23, renouvellement du pansement. Ablation de la pince à ligature. La plaie diminue de dimension; elle suppure abondamment. Ses bords, du côté de la face, sont à peine enflammés. L'appétit renaît franchement, mais il existe une constipation dont les lavements simples ne peuvent triompher. Je prescris un lavement purgatif, qui amène une selle peu copieuse.

Rien de particulier dans la journée du 24.

Dans la nuit suivante, à deux heures du matin, sans aucun symptôme fâcheux précurseur, frisson, malaise ni douleur dans la plaie,

une hémorrhagie se déclare. Sans rien faire pour l'arrêter, le veilleur court prévenir l'interne de garde, qui constate un jet de sang, du volume d'un gros stylet de trousse, s'échappant de la lèvre postérieure de la plaie. Après quelques tentatives infructueuses pour saisir le vaisseau, l'opérateur se décide judicieusement à faire une ligature médiate. Une épingle à suture saisit les parties molles au point d'où jaillit le sang, un fil circulaire est placé; l'hémorrhagie s'arrête; elle a été considérable, au dire des assistants.

Le 25, je trouve l'opéré très-pâle, très-affaibli, très-affecté surtout, et se disant perdu. Je cherche à déterminer la source et la cause de l'hémorrhagie. La position de l'épingle, le volume du jet artériel, l'impulsion du sang contre la ligature de la carotide, indiquent clairement que celle-ci n'a pas cédé. Il s'agit probablement d'un vaisseau musculaire émergeant du bord antérieur du sterno-mastoïdien.

L'absence de frisson antérieur ne permet guère d'admettre une pyohémie commençante, quoique l'hémorrhagie consécutive soit parfois le symptôme initial de cette complication redoutable. Il n'y a pas de fièvre. Le thermomètre marque 37,6, température normale. Mais ce renseignement n'est pas décisif, car les hémorrhagies ont la propriété d'abaisser la température, et rien ne prouve que celle-ci n'ait pas été la veille beaucoup plus élevée. Je songe à la possibilité d'une congestion intermittente de la plaie, et je prescris le sulfate de quinine, qui m'a rendu bien souvent service en pareil cas; 60 centigrammes seront donnés dans l'après-midi, dans un quart de lavement. La plaie est pâle, les bourgeons affaissés, le pus séreux. Je renouvelle le pansement avec précaution, je touche les surfaces avec la teinture d'iode. Des compresses d'eau froide recouvrent la région; elles seront souvent renouvelées. Bouillon et vin pris froids; morceau de glace dans la bouche. Le soir, température à 38,4; faiblesse moindre; aucun phénomène inquiétant. A une heure du matin, sans prodromes, nouvelle hémorrhagie très-légère, et qui s'arrête d'elle-même.

Le 26 au matin, température 38. Pâleur de la face, pouls petit, assez dur. Découragement profond. Avant de soulever le pansement et pour remonter le moral du malade, j'explique aux assistants qu'il s'agit d'une hémorrhagie intermittente sans aucune gravité, et qui n'entravera nullement la guérison. Folk m'écoute avec attention, les yeux fixés sur moi. Tout à coup il fait un geste et pousse un léger gémissement. Le sang inonde en un instant les pièces du pansement; je les soulève rapidement, et, portant la pulpe du pouce gauche au

centre de la plaie, j'arrête subitement l'hémorrhagie. Je juge à l'intensité de celle-ci qu'elle provient de la carotide liée. Ne sachant quel bout donnait, craignant que la recherche ne laissât s'écouler une nouvelle quantité de sang, si minime qu'elle fût, je demande un bistouri, et sans désemparer je découvre, isole et lie la carotide primitive à son tiers supérieur. Il m'avait suffi de prolonger de 3 centimètres en bas la plaie de l'opération. La position demi-fléchie du cou, la faiblesse des battements du vaisseau, la présence du doigt dans la plaie rendaient cette ligature un peu plus difficile. Elle exigea donc huit à dix minutes, mais arrêta définitivement l'hémorrhagie.

Je noterai en passant qu'au moment où j'appliquai le doigt dans la plaie, comprimant le moignon de la carotide externe et simultanément sans doute la carotide interne, le malade ferma les yeux et fut instantanément frappé d'hémiplégie du côté droit. Ce phénomène, toutefois, fut passager; au bout de quelques minutes, et lorsque tout fut prêt pour la ligature de la carotide primitive, le bras avait repris ses mouvements et le regard son expression.

On devine quel pronostic je portai; cependant je prescrivis encore le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme; un julep au perchlorure de fer; la glace *intùs et extrà.*

A cinq heures du soir, petite hémorrhagie arrêtée aussitôt par la compression directe. Température 37. Même accident. A une heure du matin, même succès de la compression.

Le 27 au matin, somnolence, résolution des membres, agonie commençante, température dépassant 39.

Mort à deux heures de l'après-midi, c'est-à-dire au début du neuvième jour.

Une dissection attentive de la région des vaisseaux montre les particularités suivantes : les nerfs pneumogastrique, hypoglosse, grand sympathique, n'ont été intéressés ni pendant l'opération ni pendant la ligature de la carotide primitive. Ce vaisseau seul est sain; au-dessous du fil constricteur existe un caillot filiforme, rougeâtre et très-mou ; la carotide interne et la veine jugulaire interne sont également indemnes; point de phlébite dans cette dernière.

La carotide externe a été liée très-heureusement à distance presque égale de son origine et des premières collatérales faciale et linguale. En bas et en haut, le caillot pouvait donc se former dans l'étendue de près de 1 centimètre.

L'artère est déjà coupée presque totalement par le fil, mais ses parois ne sont pas fermées ni accolées. L'ulcération causée par la

ligature est béante et imparfaitement remplie par un caillot mou, moitié noir, moitié rougeâtre, et qui ne paraît pas de date ancienne. Ce caillot bouche imparfaitement le bout central. Il s'est formé sans doute, après la ligature de la carotide primitive, avec du sang nouveau et les débris du premier caillot. Le bout périphérique est obturé de la même manière, mais imparfaitement encore.

Le reste de la carotide externe, du côté de la périphérie, n'a pas été blessé. Le foyer traumatique est circonscrit; point de fusées purulentes dans l'épaisseur du cou. La forte hémorrhagie survenue en ma présence venait certainement du bout central. Je n'ai pu déterminer l'origine de la première hémorrhagie, l'épingle ayant été entraînée pendant la ligature de la carotide primitive. La thyroïdienne supérieure est très-volumineuse; elle paraît naître de la carotide primitive, au niveau même de la bifurcation. Son orifice est obstrué par un caillot qui se partage également dans la carotide externe et dans la carotide interne. Si le caillot n'avait pas été ramolli, il eût opposé au sang une digue très-suffisante.

Au point de vue opératoire pur, la ligature de la carotide externe ne laissait rien à désirer; mais, en ce qui touche l'issue de ce cas, quelle part de responsabilité lui revient-elle? Le malade a succombé évidemment par l'hémorrhagie consécutive. A quelles causes faut-il donc attribuer cette dernière?

Le cœur est sain. Le poumon droit est un peu congestionné; il existe à gauche des adhérences pleurales anciennes; ni infarctus, ni abcès. Rate petite, non ramollie.

Les reins sont entièrement sains. A gauche, la capsule fibreuse est un peu adhérente, ce qui s'explique sans doute par le voisinage de la pleurésie antérieure. Tous les viscères précédents sont donc à peu près sains.

Par le fait d'un oubli regrettable, le cerveau n'a pas été examiné. En revanche, le foie présente une altération fort remarquable, dont la rareté rend la détermination difficile.

Au premier abord, la glande hépatique semble normale; volume et consistance ordinaires. Teinte un peu sombre; nulle trace de cirrhose ni de stéatose. Aucun abcès métastasique.

En examinant de près la surface des incisions, on découvre une quantité innombrable de petits points blanchâtres, arrondis, réguliers, d'un volume très-uniforme, c'est-à-dire variant à peine d'un tiers à deux tiers de millimètre.

Non content d'examiner moi-même et de faire examiner cette lésion par un de mes anciens internes, M. Nepveu, très-versé dans

les recherches histologiques, j'ai soumis la pièce aux anatomo-pathologistes les plus compétents des laboratoires de MM. Vulpian, Cornil et Ranvier. MM. Hayem et Nepveu m'ont remis la note suivante : « Les petits foyers miliaires occupent la périphérie des lobules, rarement le centre. On en compte jusqu'à trois par lobule, en certains points. Ils sont évidemment formés par des globules de pus, au centre desquels on retrouve parfois des globules rouges, comme s'il s'agissait d'infarctus. Çà et là, on constate que la veine centrale du lobule renferme un caillot.

« Quelques-uns des foyers sont accolés aux ramifications de la veine-porte dans les espaces interlobulaires. Indépendamment de ces foyers si réguliers, si nettement circonscrits, on reconnaît des traînées de globules purulents le long des vaisseaux capillaires.

« Cette singulière altération, qui a envahi la totalité de la glande, mériterait donc à la fois les noms d'hépatite diffuse et d'hépatite miliaire. »

Et maintenant, quelle est la signification de la lésion hépatique? Quel rôle a-t-elle joué dans la terminaison funeste? Certainement elle ne préexistait pas à l'opération, et tout porte à croire qu'elle a été causée par la septicémie consécutive. Les faits que je recueille depuis plusieurs années me font penser qu'à son tour elle a provoqué les hémorrhagies secondaires. C'est un point que je suis prêt à soutenir si, comme je le désire, la discussion s'engage sur l'étiologie des hémorrhagies consécutives aux blessures.

A coup sûr, l'issue du sang par un vaisseau du calibre de la carotide externe a rendu le dénoûment fatal plus certain et plus prompt; mais, à défaut de cette grave complication, la mort n'en serait pas moins survenue par suite de la lésion hépatique.

Je crois pouvoir citer ce fait comme une preuve de la rapidité extrême avec laquelle les grands viscères s'altèrent sous l'influence de l'état particulier qu'engendrent les grandes opérations.

Nées du traumatisme, ces altérations réagissent à leur tour sur le point blessé et y font surgir des complications qu'on aurait bien tort de considérer comme uniquement locales.

Pour terminer ce qui a trait à l'anatomie pathologique, je dirai que la récidive avait bien réellement pour origine le tronçon ménagé du maxillaire, et peut-être les débris du périoste de la portion enlevée. En effet, la tumeur était constituée par une masse cancéreuse assez bien limitée, et dans laquelle flottaient, comme des séquestres, les débris du condyle et de son col.

M. DEMARQUAY. J'appuie la manière de voir de M. Verneuil, que

des affections hépatiques disposent aux hémorrhagies consécutives. Je citerai à ce propos un blessé affecté de cirrhose du foie qui, après avoir offert des épistaxis répétés, eut une hémorrhagie abondante par la plaie.

M. CHASSAIGNAC. Je demanderai à M. Verneuil si l'hémorrhagie de la carotide, dont il a été témoin, provenait de la chute prématurée du fil ou d'un travail ulcératif de la paroi, attendu qu'il ne suffit pas d'établir une espèce de corrélation entre les affections hépatiques et l'apparition des hémorrhagies consécutives, mais qu'il faudrait encore rechercher comment la lésion du foie peut agir sur la paroi artérielle pour l'altérer.

M. VERNEUIL. Ce qui démontre que dans ce cas c'est l'altération du tissu artériel qu'il faut accuser et non la chute prématurée de la ligature, c'est que les deux premières hémorrhagies que le malade a présentées ont eu lieu par le tronc innominé, et ce n'est que plus tard que la carotide externe liée a cédé à son tour.

M. DEMARQUAY. Une fois la corrélation établie, il faudrait encore se demander de quelle manière les lésions hépatiques influencent la circulation. Est-ce par l'altération directe du sang, ou bien par suite de la résorption dans le torrent circulatoire de matières septiques? C'est là une question qui se pose aux observateurs qui voudront faire des investigations nouvelles sur cet intéressant sujet.

M. GUÉRIN. On pourrait se demander si, dans le cas de M. Verneuil, la situation de la ligature au milieu des collatérales ne suffit pas pour expliquer l'hémorrhagie. Il serait bon de rechercher à cet effet comment les choses se sont passées dans les cas semblables suivis d'hémorrhagie.

M. GUYON. Dans le fait de M. Verneuil, la ligature se trouve placée sur un point du vaisseau particulièrement favorable à la formation d'un caillot obturateur. L'artère thyroïdienne qui naît de la carotide primitive se trouve au-dessous du fil constricteur, et le bouquet artériel au-dessus, à une assez grande distance. Quant à savoir ce que les faits antérieurs nous enseignent à l'égard de l'hémorrhagie, cela n'est guère possible, attendu que sur trente-six cas de ligature de la carotide externe que j'ai pu recueillir, une seule fois il y eut hémorrhagie, et cela par le bout inférieur.

M. VERNEUIL. Entre la ligature et la première collatérale, il y avait une distance de 8 millimètres, par conséquent une place suffisante pour la formation d'un caillot solide, si celui-ci ne s'était pas ramolli.

M. GIRALDÈS. Les hémorrhagies consécutives proviennent tou-

jours du ramollissement du caillot ou de la destruction de la paroi. Quant à la théorie des collatérales comme cause d'hémorrhagie, elle à besoin d'être revisée, attendu qu'on n'a jamais signalé cet accident pour la ligature de l'artère iliaque, externe ou interne.

SCRUTIN

Sont élus membres de la commission pour la nomination d'un membre titulaire, MM. Giraldès, Guyon, Blot.

COMITÉ SECRET

La société se réunit en comité secret à quatre heures trois quarts pour entendre le rapport de M. Houel sur les comptes du trésorier.

A la suite de ce rapport, la Société décide que MM. Camescasse et Bertrand, membres correspondants nationaux, sont considérés comme démissionnaires.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

SÉANCE DU 9 MARS 1870

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : *L'Art dentaire*.— Le *Sud médical*. — Le *Bulletin médical du nord de la France*.

— *Des serres-fines comme agent hémostatique. Note sur un cas de*

pygomélie dans l'espèce humaine, par le docteur Ancelet, membre correspondant de la Société.

— *Étude analytique et critique du rapport de M. Otis, chirurgien militaire des États-Unis, sur la résection de la tête du fémur dans les blessures produites par les projectiles de guerre*, par le docteur Spillmann, médecin-major.

— La Société reçoit du ministère de l'instruction publique l'avis qu'elle touchera son *allocation annuelle*.

COMMUNICATION

M. GIRALDÈS complète ce qu'il a dit dans la dernière séance au sujet des hémorrhagies consécutives. Il rappelle que dans aucun cas de ligature de l'artère innominée on n'a eu à enregistrer d'hémorrhagie. Pareillement sur 35 ligatures de l'iliaque primitive, suivies de 8 succès, pas une fois il n'y eut d'hémorrhagie. Sur 7 cas de ligature de l'hypogastrique, dont 4 succès, pas une hémorrhagie non plus, alors que dans le cas de Stevens l'artère ilio-lombaire naissait d'un point très-rapproché de la ligature. Ces chiffres viennent confirmer ce qu'il disait dans la dernière séance, à savoir, que la théorie du voisinage des grosses collatérales comme cause d'hémorrhagie mérite d'être revisée.

Kyste de l'ovaire multiloculaire et aréolaire. — Ovariotomie. — Accidents chloroformiques combattus avec succès par le courant électrique intermittent. — Péritonite. — Mort. — M. LIÉGEOIS. Mlle X..., âgée de 39 ans, est une femme grande. Elle fait remonter le début de son mal à 16 mois. Les symptômes sont : ventre fortement bombé en avant ; de l'appendice xyphoïde au sillon sus-pubien, il mesure 63 centimètres ; horizontalement au niveau de l'ombilic, il mesure 118 centimètres. La peau qui correspond à la partie inférieure et antérieure de l'abdomen est hérissée de crêtes saillantes, s'entre-croisant entre elles et dues à des ruptures partielles de cette membrane, infiltrées de sérosité. En explorant l'ensemble du ventre, on reconnaît facilement que le développement considérable dont il est le siége est dû à une tumeur bien limitée supérieurement. Elle ne présente, à sa surface, aucune bosselure appréciable. La fluctuation est manifeste sur tous les points. Aucun frottement péritonéal n'est perçu ; à la percussion, on constate de la matité dans toute son étendue ; des deux côtés de la

colonne lombaire et à la région épigastrique seulement, il existe une sonorité manifeste.

Elle n'éprouve et n'a jamais éprouvé, soit spontanément, soit au toucher, aucune douleur dans l'abdomen autour de sa tumeur.

Les battements du cœur sont irréguliers; l'irrégularité est due à la suppression d'un certain nombre de pulsations; celles qui se perçoivent sont régulièrement espacées. Aucun bruit de souffle n'est perceptible. Cette irrégularité dans le rhythme cardiaque est apparue après le début de la tumeur, et ne se rattache à aucune cause rhumatismale. Les membres sont légèrement infiltrés de sérosité.

M'étant pourvu d'un appareil Lebreton, pour le cas où il surviendrait quelque accident chloroformique redoutable, je pratiquai l'opération le 27 février, assisté de MM. les docteurs Martin Damourette, Guillaume, Gouraud fils, Aubrun fils, M. Flamain, interne des hôpitaux, et de M. Vinot, externe. Je soumis moi-même la malade aux premières inhalations de chroroforme, en prenant toutes les précautions désirables ; la période d'excitation fut courte, et la résolution complète sans que le pouls ait été modifié d'une façon très-appréciable.

L'incision de la paroi abdominale, celle du péritoine, ne présenta rien de particulier. Arrivé sur le kyste, contre mon attente, je rencontrai dans toutes les directions des adhérences, qui cependant cédèrent à une certaine pression opérée avec le rebord de la main.

A ce moment, ponction du kyste qui donna issue à un liquide brun-verdâtre, très-visqueux ; attraction au debors et décollement de nouvelles adhérences de la face postérieure, moins considérables heureusement que celles de la face antérieure du kyste. Supérieurement, je trouvai une large adhérence, qui unissait intimement la tumeur avec l'intestin; elle fut décollée en partie avec le doigt ; ce qui restait fut saisi par deux ligatures, entre lesquelles je fis une incision. Le kyste put, dès lors, sortir facilement de l'abdomen. Un clamp à écraseur linéaire fut aussitôt placé sur le pédicule et je procédai à la suture. Quatre points étaient placés, quand, à un mouvement simultané de nos six aides, je compris que ma malade courait un danger. Le pouls, en effet, venait de s'arrêter subitement; la malade n'était plus qu'un cadavre, d'une pâleur effrayante, sans respiration, sans le moindre signe de vie.

Je demandai la pile ; mais avant qu'elle me fût apportée, j'avais porté mon doigt derrière la base de la langue, et entraîné celle-ci en avant, sans aucun résultat. Uu pôle fut alors placé sur la joue gauche, l'autre pôle sur le tibia de la jambe droite. A peine le

courant fut-il établi, qu'une forte convulsion générale parcourut le corps, et la pâleur cadavérique disparut pour faire place à une teinte blanchâtre qui rendit à la face l'expression de la vie. Mon doigt fut introduit de nouveau dans le fond de la gorge, et détermina une respiration; des aspersions d'eau froide, des percussions sur la poitrine et à la figure achevèrent de ranimer la malade.

Je continuai alors mes sutures. J'étais à la sixième, quand un flot de sang s'échappa de la plaie au niveau du pédicule. Après huit ou dix minutes de recherches, je reconnus que mon écraseur avait sectionné une partie du pédicule, qu'au niveau de cette section une artère fournissait un jet de sang. Un nouveau clamp, ordinaire cette fois, fut mis au-dessous du premier.

Je m'occupai de la toilette du péritoine. Celui-ci contenait une certaine quantité de sang, qui se reproduisait au fur et à mesure qu'on l'enlevait. Ce sang provenait de la séreuse pariétale, d'où il s'échappait par gouttelettes au niveau des adhérences détachées. Une pression de quelques instants faite avec des éponges sur ces divers points, et une petite quantité de perchlorure de fer portée avec une baguette de verre, arrêtèrent facilement ce suintement. J'examinai alors l'ovaire du côté gauche; celui-ci contenait un kyste du volume d'une amande. Ce kyste fut excisé, il contenait un liquide visqueux et clair.

Le péritoine ayant été épongé, de manière à ce qu'il ne restât plus de sang dans sa cavité, je terminai mes sutures, ayant soin de laisser à l'angle inférieur de la plaie une partie non réunie, pour favoriser au besoin l'écoulement des liquides qui se seraient produits dans l'abdomen. L'opération avait duré une heure un quart.

Le liquide évacué fut estimé par les assistants à 22 litres; la tumeur pesait 7 kilogrammes. Elle était formée par une série de loges communiquant entre elles et par des milliers de petits kystes isolés les uns des autres.

L'état de la malade resta satisfaisant jusqu'à une heure du matin, où des douleurs abdominales éclatent; puis surviennent des nausées. Le pouls devient de plus en plus petit, le faciès se grippe, les doigts prennent une coloration violacée, et la malade succombe 28 heures après l'opération.

Deux points me paraissent surtout importants dans cette observation. Le premier a trait aux nombreuses adhérences qui unissaient le kyste à la paroi abdominale, et sans qu'aucune douleur dans le ventre, aucune manifestation d'inflammation péritonéale aient pu les faire soupçonner. C'est là, il faut bien l'avouer, un fait regret-

table, et qui dépend de ce que nous manquons absolument de signes pouvant nous indiquer sûrement si un kyste est libre ou non d'adhérences.

Le second point porte sur l'accident grave auquel donna lieu l'administration du chloroforme. Cet accident est survenu une heure après le début de l'opération. Alors on avait cessé de donner du chloroforme depuis une minute environ; l'aide qui tenait le pouls de la malade cessa de le percevoir tout à coup, à l'instant où celle-ci faisait un mouvement en apparence volontaire avec ses membres supérieurs pour se dégager de la main qui tenait l'un d'eux. Évidemment l'asphyxie doit être mise hors de cause, et la syncope seule doit être invoquée.

Si l'on considère que c'est une minute après la cessation du chloroforme et au moment où la malade se réveillant faisait effort pour échapper à la main qui tenait son avant-bras, on comprendra que la seule explication plausible, pour le cas actuel, est l'interruption de la circulation cardiaque sous l'influcnce d'une excitation psychique. Sous cette influence, le cœur, dont la contractilité sans doute était affaiblie, s'est arrêté, comme s'arrête le cœur des animaux quand on produit une excitation physique, surtout électrique, soit sur le bulbe, soit sur le pneumo-gastrique. Cette théorie, émise surtout par MM. Perrin et Ludger Lallemand, me paraît trouver une confirmation des plus évidentes dans notre fait, avec cette seule différence, qu'habituellement la syncope chloroformique survient au début, pendant la période d'excitation, tandis qu'ici elle s'est montrée tardivement, au moment où la malade sortait de l'anesthésie dans laquelle elle était plongée.

Le service incontestable que nous a rendu le courant faradique *intermittent*, pour ranimer la vie chez cette femme, vient à l'appui de ce que je disais l'année dernière dans mon rapport, à savoir, que les auteurs d'un travail qui vous a été présenté, portant condamnation de cette espèce de courant, au profit des courants continus, étaient dans l'erreur.

Il y a plus, le courant dont je me suis servi était, contrairement à mon intention et par le fait de l'aide qui a monté la pile, des plus intenses que l'appareil Lebreton puisse fournir, et pourtant rien que d'utile n'est résulté de cette inadvertance. Tout en donnant la préférence aux courants de faible intensité et progressivement croissants, je prends acte de cette coïncidence, comme d'une preuve nouvelle de l'erreur dans laquelle sont tombés les auteurs du mémoire auquel je fais allusion en ce moment.

M. DOLBEAU. Ce qui m'a frappé dans l'observation que vient de nous communiquer M. Liégeois, c'est l'existence simultanée d'une lésion des deux ovaires, ce que je crois être, du reste, la règle. Pour cette raison, il faut, lorsqu'on est en présence d'une vieille femme, enlever les deux ovaires, et, quand il s'agit de jeunes femmes, beaucoup regarder avant que de se décider à n'en enlever qu'un seul. Je me fonde, pour émettre cette opinion, sur la fréquence des lésions doubles, ainsi que l'attestent les nombreuses récidives survenues après une première opération d'ovariotomie.

M. Liégeois nous a fait part l'année dernière d'une guérison de kyste ovarique opéré. La femme qui était le sujet de cette observation eut depuis une récidive, et comme elle en est morte dans mon service, je profiterai de l'occasion pour faire part à la Société de l'autopsie, qui me paraît pleine d'intérêt.

A l'ouverture du ventre, on constate que c'est bien l'ovaire laissé intact au moment de l'opération (le gauche) qui était le point de départ de la récidive. Il n'y avait aucune adhérence, pas la moindre trace de péritonite. D'une consistance très-friable et contenant un noyau caséiforme, la masse pèse *deux mille sept cent soixante* grammes.

La tumeur est reliée à l'utérus par un pédicule aplati, rubanné très-mince, offrant 8 centimètres de large. Je crois qu'il aurait été difficile de faire sortir cette tumeur, presque solide, par l'incision classique.

Les traces de l'ancienne opération étaient représentées par une cicatrice cruciale de la paroi ventrale, dont la branche verticale mesure 15 centimètres et l'horizontale 7.

Le pédicule de l'ancien kyste opéré offre le volume du pouce et a 4 centimètres de longueur; il adhère solidement au péritoine pariétal, qui est sensiblement épaissi et partout *cicatrisé*, sauf sur le point d'intersection des deux branches de la cicatrice. Là s'observe, en effet, l'orifice interne d'un petit trajet fistuleux, qui dans les derniers jours de la vie a permis la sortie d'une certaine quantité de liquide ascitique pendant des efforts de toux.

L'utérus se trouve fixé par des adhérences contre la paroi abdominale, à la hauteur de 4 centimètres au-dessus de la symphyse. Aussi est-il allongé et comme effilé.

M. DEMARQUAY. La malade de M. Liégeois a eu une syncope, que le courant électrique a fort heureusement dissipée.

Dans ces derniers temps, m'inspirant d'un travail de M. Cl. Bernard, paru dans les *Bulletins de thérapeutique*, et relatif à l'emploi

simultané de la morphine et du chloroforme comme moyen anesthésique, j'entrepris des expériences sur les chiens, qui m'ont démontré que le courant d'induction ramène à la vie les animaux privés de mouvement et de la respiration depuis peu avec une promptitude que nul autre moyen d'excitation ne peut surpasser en pareilles circonstances.

M. BOINET. Contrairement à M. Liégeois, et tout en lui accordant qu'il y a des cas difficiles, je pense qu'on peut, la plupart du temps, diagnostiquer les adhérences sur le vivant.

Il va sans dire que je ne parle ici que des adhérences pariétales, attendu que les adhérences postérieures sont souvent impossibles à reconnaître, malgré le toucher rectal et vaginal, qui nous aide parfois.

Dans les cas d'adhérences multiples et fortes, où, pour avoir la tumeur, il faudrait décoller le péritoine en entier, le mieux est de s'arrêter et de se borner à faire suppurer le kyste après l'avoir largement ouvert. Cette méthode, exécutée en 1701 par Houston, et en 1736 par Ledran, avait déjà donné des succès. Il y a peu de temps, M. Demarquay et M. Joüon, de Nantes, nous ont fait connaître chacun un succès. Le fait de Ledran est d'autant plus curieux qu'un kyste placé au fond de la poche ouverte se vida spontanément, et la malade guérit.

Pour éviter toute hémorrhagie provenant du pédicule, le mieux est de se servir de clamp qui ne coupe pas, et, par surcroît de précaution, d'appliquer une ligature au-dessus.

Le principe posé par M. Dolbeau de toujours enlever les deux ovaires me paraît par trop absolu, attendu que les récidives, après l'ovariotomie, sont encore l'exception, et que, comme il l'a dit du reste, il y aurait inconvénient à le faire sans nécessité chez des femmes jeunes et qui peuvent encore devenir mères, ainsi que cela s'est vu maintes fois après l'opération. Ce qu'il faut faire, c'est de toujours explorer les deux ovaires avant de prendre un parti et d'opérer de bonne heure en cas de récidive.

Je ne sais pas ce que M. Dolbeau, en parlant de la difficulté d'extraire la tumeur, appelle incision classique, attendu qu'il n'y a pas de mesure pour cela depuis 12 centimètres jusqu'à 30 centimètres et plus.

M. PERRIN. M. Demarquay, en nous parlant de ses expériences sur les chiens, a omis d'indiquer l'état du cœur. Lorsqu'il y a une vingtaine d'années, au sein d'une commission dont nous faisions partie, M. Forget et moi, nous expérimentions sur l'action

des anesthésiques, nous ne tardâmes pas à voir que, parmi les animaux en mort apparente, il y avait une distinction fondamentale à faire entre ceux qui, depuis une demi-minute déjà, avaient perdu tout mouvement du cœur, et ceux qui conservaient encore un léger frémissement de cet organe. Les premiers étaient irrévocablement morts, quoi qu'on fît, tandis que les seconds revenaient à la vie, qu'on les électrisât ou non.

M. DEMARQUAY. Chez mes chiens en expérience, le frémissement cardiaque dont a parlé M. Perrin existait; seulement, comme il y avait ici action simultanée de deux stupéfiants, à savoir de la morphine et du chloroforme, je persiste à croire à l'efficacité réelle du courant électrique en pareil cas.

Revenant au diagnostic des adhérences, je ne crois pas, avec M. Boinet, que nous ayons de signes certains capables de nous les faire reconnaître pendant la vie. Tout dernièrement encore je me suis laissé prendre, pour un kyste tellement adhérent qu'il me fallait laisser l'ovariotomie inachevée et me borner à une large ouverture du kyste pour le faire suppurer. Malheureusement, je perdis ma malade de péritonite le neuvième jour, et cet insuccès est venu contre-balancer le succès que j'ai obtenu dans des circonstances analogues comme le rappelait tout à l'heure M. Boinet.

M. LIÉGEOIS. Répondant aux objections qui m'ont été adressées au sujet de la malade dont a parlé M. Dolbeau, je dirai que l'ovaire gauche était parfaitement sain au moment de l'opération, et ce n'est que deux mois après que la tumeur de nature fibro-plastique à développement rapide s'est montrée dans cet organe. Je n'étais donc pas autorisé à l'extirper au moment de l'opération.

Si j'ai temporisé pour la seconde opération, c'est que la malade, atteinte de pyélo-néphrite calculeuse, était dans un mauvais état, et avant le développement d'une ascite finale, je n'étais pas sûr du défaut d'adhérences.

Enfin, j'ajouterai que le petit pertuis péritonéal était résulté de la section des tissus par un point de suture laissé trop longtemps, mon incision ayant été simplement verticale.

M. Boinet, au sujet de ma dernière malade, me reproche de n'avoir pas préféré l'incision suivie de suppuration à une dissection laborieuse et longue. Il me permettra de ne pas être de son avis, alors que j'étais en présence d'un kyste pesant 70 livres.

J'ai fait de mon côté quelques expériences concernant l'association du chloral et de la morphine, et je crois avoir obtenu ainsi des

résultats plus durables, au point de vue de l'anesthésie, qu'avec le chloral seul.

M. BLOT. J'ai examiné quatre ou cinq kystes ovariques, que j'a vu ensuite opérer. De ces faits, il est résulté pour moi la conviction qu'il est à peu près impossible de diagnostiquer les adhérences.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. TRÉLAT présente un œsophagotome de son invention calqué sur son urétrotome. M. Trélat a sectionné, à l'aide de cet instrument, un rétrécissement situé près du cardia, à 35 centimètres de profondeur des dents incisives. Il fit trois séances successives avec un écartement des lames coupantes, de 13 millimètres pour la première opération, de 15 pour la seconde, et de 20 pour la dernière.

La dernière seule fournit du sang avec une certaine abondance (une cuvette de crachats sanglants), et l'hémorrhagie s'arrêta, du reste, toute seule, pour reparaître à deux reprises différentes, vers le dixième et le dix-septième jour de l'opération.

M. Trélat pense que l'hémorrhagie immédiate était due à la section de la muqueuse au delà des limites du rétrécissement, et les deux hémorrhagies consécutives à une œsophagite. Effectivement, les potions astringentes et hémostatiques (perchlorure de fer) n'ont fait que ranimer la perte de sang, alors que les émollients et la diète lactée ont eu pour effet de l'arrêter.

Le malade se passe aujourd'hui une boule de 12 millimètres et ne présente plus aucun signe de dysphagie.

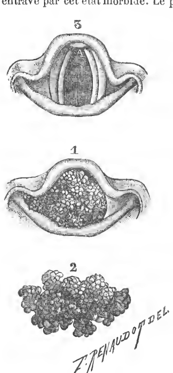
M. DE SAINT-GERMAIN présente un instrument porte-caustique de son invention, destiné à pratiquer l'opération césarienne et à extraire des corps fibreux de l'utérus qu'il serait impossible d'enlever par les voies naturelles. Le but que se propose l'auteur est d'obtenir ainsi, en même temps qu'une voie large, des adhérences salutaires pouvant garantir contre la péritonite. L'auteur fera connaître ultérieurement le résultat d'expériences qu'il se propose d'entreprendre sur les animaux à l'aide de son appareil.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. LIÉGEOIS présente, au nom de M. Krishaber, un malade, et communique l'observation suivante.

Polype du larynx. — Extraction par les voies naturelles. — Guérison. — Le jeune D..., âgé de 14 ans 1/2, est atteint, depuis une date qu'il ne peut préciser, d'une gène respiratoire qui s'est surtout accrue dans ces quatre dernières années.

Il est à noter que son développement physique paraît avoir été entravé par cet état morbide. Le poids du corps est de 49 livres seulement; sa taille mesure 1 mètre 18 centimètres, et à voir ce garçon, on ne lui donnerait pas plus de 7 à 8 ans.



Lorsque le 1er mars je vis le petit malade, il était aphone, en proie à une asphyxie imminente, et l'examen laryngoscopique me permit de constater chez lui l'existence d'une énorme fongosité globuleuse, d'aspect papillaire, obstruant presque en entier l'orifice du larynx. (Voy. fig. 1.)

Pendant que je tenais le laryngoscope de la main gauche, je saisis une pince à polype avec la main droite, et après plusieurs tentatives infructueuses, j'ai été assez heureux pour saisir la masse et l'extraire du coup en totalité. (Voy. fig. 2, grandeur naturelle.)

Il survint d'abord une hémorrhagie abondante, qui ne tarda pas à cesser. Puis, après quelques instants, l'enfant se mit à respirer tranquillement et m'adressa des paroles avec une voix entendue à distance, quoiqu'un peu enrouée.

Un nouvel examen du larynx, le 3 mars, me permit de constater le lieu d'implantation de la tumeur, qui n'était autre que l'angle antérieur des cordes vocales inférieures (Voy. A, fig. 3). En ce point on voit des rugosités, un léger boursouflement et une rougeur assez intense; à cet état participent, à un degré moindre, les parties environnantes.

C'est à cet état morbide qu'il faut attribuer le léger enrouement dont se trouve encore atteint l'enfant, et je me propose, pour l'en débarrasser, de toucher sous peu les parties enflammées à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent.

Quoi qu'il en soit, aujourd'hui huitième jour de l'extirpation du polype, l'enfant a les apparences de la santé, dort, mange, marche et respire comme s'il n'avait jamais été malade.

Cette observation démontre que, comme je l'ai établi ailleurs, les voies aériennes peuvent impunément et sans provoquer de gêne notable être réduites au tiers ou même au quart de leur diamètre, surtout lorsque cette réduction se fait très-lentement. Avec un volume si énorme de la tumeur, je ne suis pas éloigné d'admettre que la cavité laryngienne a dû être élargie à la longue.

Bien que les polypes de cette espèce aient de la tendance à récidiver, j'espère qu'en surveillant cet enfant pour agir à temps, surtout vu le temps relativement long mis par la tumeur à se développer, le pronostic sera favorable.

J'ai établi ailleurs (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*) les véritables indications de la polypotomie, suivant les cas; qu'il me suffise de dire ici, en réponse à quelques critiques qui m'ont été adressées, qu'il y a deux classes de polypes; l'une, dans laquelle rentre le cas que je viens de vous soumettre, et où l'extirpation par les voies naturelles est la règle; l'autre, où la laryngotomie seule est applicable, comme dans l'observation que je vous ai présentée l'année dernière.

M. PANAS. En mars 1867, j'avais présenté ici un malade de 71 ans que j'avais opéré avec succès de trois tumeurs fibreuses palatines, l'une d'elles se prolongeant jusque dans le sinus maxillaire du côté droit.

Vous pouvez constater que ce malade, qui porte un petit appareil prothétique fabriqué par M. Dejardin, jouit au bout de trois ans d'une santé parfaite, et qu'il n'y a chez lui aucun signe de récidive. Je tenais à vous faire constater ce résultat, attendu que les tumeurs dont il était porteur, déclarées par moi bénignes, avaient été considérées par des maîtres de l'art, et aussi par le microscope, comme un cancer de la plus mauvaise espèce, devant récidiver très-vite.

Si je reviens là-dessus, ce n'est pas par amour-propre de clinicien, mais bien à cause du jour que cette observation peut jeter sur l'histoire des tumeurs fibreuses palatines, encore peu connues, et qui souvent sont confondues avec des ostéosarcomes.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. PANAS.

SÉANCE DU 16 MARS 1870

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprennd :

— Les journaux de la semaine. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — Le numéro de mars des *Archives générales de médecine*. — Le *Bulletin de la Société de médecine pratique de Paris,* année 1869.

— *Desarticolazione di gamba al ginocchio per tetano-traumatico, e nuovo processo d'amputazione della coscia con lembo rotuliano.* Mémoire in-4° avec planche. Bologne, 1870, par le professeur Fr. Rizzoli.

— M. Chassaignac dépose sur le bureau, au nom du docteur Pontoire, un *Mémoire contenant toutes ses opérations chirurgicales depuis l'année* 1842. — Renvoyé à une commission composée de MM. Verneuil, Trélat et Chassaignac.

COMMUNICATIONS

Anesthésiques. — M. LIÉGEOIS. J'avais à opérer ces jours derniers des chancres phagédéniques, et le chloral ayant provoqué, comme d'habitude, le sommeil, mais non l'anesthésie, je chloroformai le malade. Mon étonnement fut grand en voyant que cette association, loin d'activer les effets, ne produisait qu'une excitation qui a duré aussi longtemps que je continuais les inhalations. Je tenais d'autant plus à faire constater ce résultat, qu'il est en opposition avec l'identité d'action que Liebreich crut avoir trouvée entre le chloral et le chloroforme, et que d'autres ont admise d'après lui.

M. GIRALDÈS. Procédant différemment, j'administrais chez des enfants chloroformés, et qui étaient très-agités, une potion au chloral. L'effet de cette association a été de provoquer un sommeil paisible pendant cinq et onze heures de suite. Depuis cette époque,

j'emploie fréquemment le chloral en potion ou en lavement, toutes les fois que les enfants restent excités après avoir été chloroformés, et toujours avec succès.

M. LIÉGEOIS. M. Cl. Bernard a déjà démontré, pour l'association du chloroforme et de la morphine, que les effets sont tout opposés, suivant que l'on administre l'un ou l'autre de ces deux agents le premier. Ce que vient de dire M. Giraldès prouve qu'il en est de même du chloral et du chloroforme.

M. DEMARQUAY. J'ai pris l'habitude d'administrer chez tous mes opérés de *deux* à *cinq* grammes de chloral dans du sirop, ce qui a pour effet de les tenir calmes pendant le reste de la journée, et de supprimer les fortes douleurs qui suivent l'opération.

M. GIRAUD-TEULON. Chez les enfants, je me sers de préférence des inhalations d'éther. Une fois, ayant administré chez un petit garçon du chloral, je voulus l'anesthésier par l'éther, sans parvenir à autre chose qu'à l'exciter fortement. C'est là un fait confirmatif de ce que disait tout à l'heure M. Liégeois au sujet de l'association du chloral et du chloroforme, et qui démontre que les choses se passent de même avec l'éther. Il serait intéressant de poursuivre ces recherches pour savoir s'il en est ainsi des autres anesthésiques.

Œsophagotomie. — M. DOLBEAU. J'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois l'œsophagotomie interne.

Une première fois chez une jeune fille qui, dix-huit mois auparavant, dans un moment de désespoir d'amour, voulut se suicider en avalant de l'acide sulfurique. Appelé auprès d'elle par mon ami le docteur Cadet-Gassicourt, je constatai une dysphagie telle, qu'elle ne pouvait plus avaler que du bouillon et du lait. Pendant huit jours, je tentai le cathétérisme sans parvenir à franchir le rétrécissement, et ce n'est qu'au bout de ce temps que je pus passer la première petite olive de la série, telle qu'elle est fabriquée par a maison Charrière. Cet instrument consiste, comme on sait, en une tige de baleine, munie à son extrémité œsophagienne de plusieurs olives en ivoire disposées en chapelet et d'un volume progressivement croissant. A partir de ce jour, je répétai le cathétérisme, et je parvins ains à dilater le canal jusqu'à lui donner un diamètre de 5 à 6 millimètres, ce qui permit à la malade de s'alimenter avec des bouillies.

Arrivé à ce point, le rétrécissement restait stationnaire, et de plus j'éprouvai toujours une très-grande difficulté à franchir le rétrécissement de bas en haut, à tel point que j'ai craint un jour de ne plus pouvoir dégager la sonde. Je me décidai, dès lors, à pratiquer la

section, ou, pour mieux dire, la scarification du rétrécissement, à l'aide d'un œsophagotome que j'ai fait construire par MM. Robert et Colin. Cet instrument se compose d'une boule terminale conique, de 6 millimètres de diamètre à la base, et de deux lames latérales coupantes qui, à l'aide d'un mécanisme spécial de la tige, se développent alors que l'olive, ayant franchi le rétrécissement, se trouve ramenée contre l'obstacle par un mouvement rétrogade. Le développement de ces lames coupantes se trouve exactement borné au diamètre de la boule, de sorte qu'on est parfaitement sûr de ne pas dépasser les limites du tissu cicatriciel.

La section du rétrécissement fut faite avec la plus grande facilité, sans douleur et sans avoir eu une seule goutte de sang. La dilatation fut alors reprise, et nous pûmes ainsi atteindre rapidement 1 centimètre, ce qui permit à la malade de s'alimenter comme tout le monde, à la condition de continuer à se cathétériser tous les jours.

L'année dernière, j'ai eu à traiter, à l'hôpital Beaujon, une autre malade dont la dysphagie remontait à deux ans, et qui avait ingéré pareillement de l'acide sulfurique. Après un cathétérisme progressif jusqu'à 5 ou 6 millimètres, nous fûmes arrêtés par la même impossibilité d'aller plus loin, ce qui m'engagea à pratiquer l'œsophagotomie comme précédemment. Le cathétérisme ayant été alors repris, j'arrivai rapidement à une dilatation de 1 centimètre, permettant une alimentation complète. Ici encore il n'y eut ni douleur ni hémorrhagie, et nous congédiâmes la malade en lui recommandant de se sonder journellement.

L'œsophagotomie rétrograde, dans les limites que je viens de préciser, me paraît une opération sûre, non dangereuse, et applicable à *titre d'exception* dans les cas où il y a urgence. Je dis à titre d'exception, attendu que le cathétérisme de l'œsophage n'est pas chose facile, et dès lors on n'est pas toujours sûr de couper juste là où il faut. A cet égard, l'instrument de M. Trélat me paraît plus hasardeux, comme devant exposer à de fausses routes; preuves, l'hémorrhagie et l'œsophagite dont il a été témoin.

M. TRÉLAT. Je suis d'accord avec M. Dolbeau sur la rareté de l'indication de l'œsophagotomie, en substituant seulement l'expression de cas de *nécessité* à celui d'urgence, attendu que l'opération pouvant être différée de quelque temps, il n'y a pas urgence à proprement parler.

L'instrument de M. Dolbeau est certainement bon; seulement, il est à faculté limitée, et se borne à une simple scarification destinée

ici, comme pour l'urètre, à rendre le cathétérisme ultérieur plus fructueux.

Le malade que j'ai eu à traiter n'était point dans les conditions des deux femmes dont a parlé M. Dolbeau. La coarctation, qui laissait passer une olive de 5 millimètres, cédait à peine à la dilatation. Je débutai par une incision, avec un écartement de lames de 13 millimètres, et je n'obtins ainsi qu'une dilatation de 1 millimètre. Force donc a été de recommencer avec un écartement de 15 millimètres, puis une troisième fois avec 20 millimètres, et ce n'est qu'alors que j'ai pu arriver à passer une olive de 12 millimètres. Dans les cas de M. Dolbeau, au contraire, une simple scarification a suffi pour atteindre rapidement 1 centimètre de dilatation.

Sans doute, avec une série d'instruments comme celui dont a parlé M. Dolbeau, j'aurais pu pratiquer aussi mes incisions successives; seulement, j'ai cru plus simple d'employer, comme pour l'urètre, un instrument à développement variable. Quant à la difficulté et aux dangers de l'emploi de celui-ci, je les crois hypothétiques, et si j'ai eu une hémorrhagie après la dernière suture, avec 20 millimètres d'écartement des lames, c'est que les circonstances exceptionnelles propres à ce cas m'ont forcé d'aller trop loin. Je prendrai à témoin les deux premières incisions, qui n'ont provoqué aucune douleur et pas fourni une seule goutte de sang.

Dans les cas de coarctation par brûlure, comme ceux de notre collègue, le tissu cicatriciel se trouve disposé sous forme de plaques ou de brides irrégulièrement étalées, n'intéressant souvent qu'une partie de la circonférence du canal œsophagien. De là la facilité avec laquelle il se laisse dilater; tandis que lorsqu'on a affaire à des rétrécissements fibreux annulaires, comme chez mon malade, les difficultés à vaincre sont bien autrement grandes.

Opération de la cataracte. — M. GIRAUD-TEULON. La kératotomie dite linéaire, ou méthode de Græfe, a l'avantage de captiver aujourd'hui l'attention des chirurgiens de tous les pays, et à ce titre je demande la permission de vous entretenir d'un nouveau procédé qui se rapporte à cette méthode.

L'incision linéaire est fondée, vous le savez, sur deux principes fondamentaux, qui sont:

1° Incision réduite *au juste nécessaire* pour permettre l'issue du cristallin.

2° Placer l'incision de façon que, par sa *direction* suivant un arc de grand cercle (Græfe), et sa *situation* périphérique sur le limbe

scléral (Jacobson), elle se prête le mieux possible à la réunion immédiate.

L'incision ancienne ou à lambeau, comme toute opération qui passe par un petit cercle de la sphère, fait que le lambeau qui en résulte se trouve soulevé, par suite de la tension intra-oculaire, à l'instar du couvercle d'une tabatière, et cela d'autant plus que le lambeau offre plus de hauteur.

D'autre part, il reste démontré que les plaies qui intéressent la cornée se cicatrisent moins vite que celles du limbe scléral. Autre raison pour préférer l'opération nouvelle à l'ancienne.

M. Græfe se sert, pour pratiquer son opération, d'un bistouri très-étroit, qu'il fait cheminer parallèlement à l'iris, presque en rasant la face antérieure de celui-ci, et de façon que toute l'incision tombe dans le limbe scléral, à l'exception de son milieu, qui seul intéresse le sommet de la cornée.

La longueur de l'incision mesure de 10 à 11 millimètres, et se trouve ainsi avoir, lors de l'écartement des deux lèvres, une étendue égale au volume de la lentille. Pour arriver à ce résultat, on pénètre à 1 millimètre et demi en arrière de la cornée, on fait cheminer la pointe du couteau obliquement jusqu'au centre de la pupille, puis on élève la pointe à l'horizontale, et on la fait ressortir de l'autre côté à 1 millim. 1/2 encore derrière la cornée. Tous ces temps doivent être faits avec une précision presque mathématique, sans quoi on risque soit de tomber trop en avant en pleine cornée, ce qui, entre autres inconvénients, donne un lambeau trop petit, ou bien d'embrocher l'iris, le canal de Fontana, les procès ciliaires, la choroïde et la sclérotique, suivant que l'incision est involontairement portée plus ou moins en arrière ; de là des hémorrhagies internes abondantes, et la procidence de l'humeur vitrée : accidents qui se sont montrés fréquemment au début de la méthode.

Pour se convaincre de toutes les difficultés inhérentes à cette opération délicate, il suffit de jeter les yeux sur les statistiques de chaque opérateur. L'on verra ainsi que pour les vingt premiers essais il y a véritablement trop d'insuccès.

Frappé de ces inconvénients, Weber fit construire un large couteau lancéolaire à bords coupant jusqu'au talon, où ils finissent même par devenir parallèles. Ce couteau est recourbé régulièrement sur l'une de ses faces, suivant un arc qui doit coïncider avec celui d'un grand cercle. On pénètre avec ce couteau juste à la jonction de la cornée et de la sclérotique, puis on le fait marcher parallèle-

ment à l'iris jusqu'au talon, et ses bords tracent sur le limbe scléral une incision dans le plan d'un grand cercle.

J'ai légèrement modifié ce couteau cylindrique, en ce sens que je l'ai rendu plus large, et surtout je lui ai donné, conformément au calcul, une courbure plus en harmonie avec la direction du grand cercle.

J'ai opéré avec cet instrument un certain nombre de cataractes, et, habitué aux écueils de l'opération de Græfe, je n'hésite pas à donner toute ma préférence au couteau de Weber, comme étant plus sûr et n'exposant pas à l'apprentissage encore assez difficile à acquérir qu'exige le maniement du petit bistouri du professeur de Berlin.

Une vérité qu'il ne faut plus se dissimuler, c'est que *l'incision linéaire, si admirablement disposée pour faciliter la coaptation et la cicatrisation des lèvres de la plaie, rend par contre plus difficile l'issue du cristallin.* Les crochets, les curettes grandes ou petites, qui pendant les premières années de la méthode ont joué un grand rôle, et cela au détriment des yeux opérés, témoignent assez de cette difficulté. Græfe a abandonné depuis, il est vrai, cet outillage, mais aussi il s'est écarté dans la pratique de l'incision d'après la formule pour faire un petit lambeau scléral de 1 et demi à 2 millimètres de hauteur.

Pour éviter cette difficulté, j'emploie, comme Weber, un petit instrument en écaille ayant la forme d'une pelle à feu, à l'aide duquel je presse contre la lèvre postérieure de l'incision sclérale. Cette pression a pour effet de faire entrebâiller la plaie, et le cristallin, pressé de toute part, s'échappe alors avec d'autant plus de facilité que l'iris a été préalablement excisé. Toute pression sur un autre point du globe, loin d'expulser le cristallin, a pour effet de fermer les lèvres de la plaie, comme le ferait une boutonnière lorsqu'on vient de tirer sur ses deux extrémités, et c'est pour n'avoir pas nettement formulé ce précepte que Græfe a tâtonné au début, et que bien des médecins qui ne l'ont pas vu à l'œuvre se sont exposés à voir compromettre l'opération par l'issue de l'humeur vitrée.

M. TRÉLAT. Je suis très-approbateur de M. Giraud-Teulon au sujet de la difficulté réelle qu'il y a pour extraire le cristallin lorsque celui-ci est dur et sclérosé.

M. PERRIN. Je ne partage pas, pour mon compte, l'idée que la contre-ponction soit, dans le procédé de Græfe, d'une exécution véritablement difficile; aussi je passe outre.

Ce que j'admets, c'est la difficulté réelle de la sortie du cristallin

dans les cas de cataractes entièrement dures. Cette difficulté ne se rencontre plus pour les cataractes molles et les demi-dures, et comme ces dernières constituent la grande majorité, il n'y a là aucune objection à tirer contre le procédé linéaire. Quant aux cataractes véritablement dures, Græfe propose d'agrandir l'incision, en la faisant de 13 millimètres au lieu de 10 ou 11.

Aux curettes et au crochet, Græfe a renoncé bien vite pour arriver au simple glissement, qu'il pratique bien certainement en pressant sur la lèvre postérieure de la plaie sclérale.

La procidence de l'humeur vitrée dépend, non-seulement de pressions mal dirigées et de la situation périphérique de l'incision linéaire, mais, en outre, de ce qu'on presse très-souvent avec la pince fixatrice de l'œil sans qu'on y fasse attention.

J'objecterai au couteau de Weber, de même qu'au couteau lancéolaire ordinaire, de ne pas donner au canal de la plaie une étendue égale en dedans et en dehors, et de rendre ainsi l'issue du cristallin plus difficile; c'est même pour cela que Græfe lui a substitué son couteau.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Fracture verticale double du bassin. — M. DEMARQUAY présente le bassin d'un homme qui s'est précipité du second étage et qui est mort sur le coup. Il existe une fracture du pubis, au niveau du trou oval, et une autre en arrière, à l'os iliaque, au niveau de la grande échancrure sciatique. Un éclatement, du fond de la cavité cotyloïde, témoigne assez que la chute a dû se faire sur le grand trochanter.

Bien que cette fracture, décrite par Malgaigne, et observée aussi par Larrey et d'autres, semble à peu près constamment mortelle, M. Demarquay pense en avoir guéri une chez une femme qui, à l'examen direct, lui offrait les signes suivants : crépitation et mobilité en pressant sur la crête iliaque; vaste ecchymose de toute la racine de la cuisse et de la grande lèvre; enfin, rétention d'urine.

M. Demarquay cite en outre le cas d'un jeune homme tombé de haut sur le siége, et qui, après bien des accidents et des abcès fistuleux de la région sacrée, finit par guérir en ayant perdu toute la partie postérieure du sacrum, qui s'est éliminée. Tout ce qui restait de son accident, c'était une paraplégie incomplète.

M. LARREY. D'après l'étude des faits, je suis arrivé à conclure

que, dans les cas de chute d'un lieu élevé, le bassin se fracture sans lésion articulaire concomitante, et c'est précisément ainsi que les choses se sont passées dans le cas que vient de nous communiquer M. Demarquay; tandis que lorsque c'est un poids très-lourd, une roue de voiture, par exemple, qui détermine la fracture, alors la disjonction des symphyses s'observe concurremment.

M. PANAS rappelle que sur un bassin qu'il présenta à la Société en 1868, et où il y avait une quadruple fracture verticale, deux de chaque côté, plus une fracture du sommet du sacrum, la disjonction des symphyses existait, et, comme vient de le faire observer M. Larrey, c'était le passage d'une roue de voiture qui avait occasionné l'accident.

M. BLOT. J'ai disséqué le bassin d'une femme à terme tombée d'un second étage et morte peu de temps après. La fracture n'était accompagnée d'aucune disjonction des épiphyses, mais, chose curieuse, le crâne fœtal était le siége de deux fractures.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 23 MARS 1870

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — *Le Sud médical de Marseille.* — *Le Montpellier médical.*

Le programme des questions mises au concours pour 1870 et 1871 par la Société de médecine du Nord.

— *Œdéme de la glotte, trachéotomie in extremis,* par le docteur Marmisse (de Bordeaux). Broch. in-8°.

— *Etude sur la convention de Genève pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne,* par M. Gust. Moynier, président du comité international de secours pour les blessés militaires. — Genève, 1870. Grand in-8°.

M. DEMARQUAY communique, de la part du docteur Auguste Serré (de Bapaume), l'observation d'une éclampsie puerpérale traitée et guérie par le chloral. Il s'agit d'une primipare âgée de 22 ans, d'une constitution pléthorique, exempte d'œdème et n'offrant pas d'albumine dans les urines. Les accès se répétaient toutes les heures et duraient de quatre à cinq minutes. La malade avait eu déjà trente-trois accès et ne paraissait pas avoir sa connaissance

Le 25 novembre, une saignée générale, des sangsues, des vésicatoires, des sinapismes Rigollot, *trois* grammes de sulfate de quinine et un lavement purgatif sont prescrits successivement sans qu'on en obtienne le moindre amendement. Les accès se répétèrent trente fois encore dans les vingt-quatre heures.

Le 26 novembre, on administre un julep gommeux contenant *vingt* centigrammes de musc et *huit* grammes de chloral. La moitié de ce julep, prise en une demi-heure, procure la cessation des convulsions et un sommeil calme de douze heures, suivi d'un réveil paisible. On continue alors l'autre partie de la potion au chloral, en donnant une cuillerée à soupe toutes les demi-heures. Le mieux s'accentue depuis jusqu'au 1er décembre, époque à laquelle la malade était complétement guérie.

DISCUSSION

Opération de la cataracte (suite).— M. GIRAUD-TEULON. Répondant aux objections qui m'ont été adressées dans la dernière séance par M. Perrin, je dirai, comme notre collègue, que Græfe avait proposé dans un temps de faire bâiller les lèvres de l'incision et d'exercer le moins possible sur l'œil une pression forte. Seulement c'est là ce qu'on pourrait appeler la *deuxième* manière de faire de Græfe, et depuis lors il en a adopté une *troisième* consistant à exercer une pression sur l'extrémité opposée du diamètre, à l'aide d'une curette en caoutchouc, substance à laquelle il reconnaît la propriété d'irriter l'œil moins que toute autre.

La deuxième objection de M. Perrin est relative au couteau, qui, par suite de sa forme triangulaire, devra donner au canal de la plaie une moindre étendue en dedans qu'en dehors.

Notre collègue n'a pas remarqué, sans doute, que le parallélisme des bords latéraux du couteau vers le talon enlève à cette objection tout ce qu'elle a de fondé lorsqu'il s'agit du couteau triangulaire ordinaire.

M. PERRIN. Depuis notre dernière séance, j'ai expérimenté le couteau de Weber sur des yeux de porc, et je dois dire que l'incision ne laisse rien à désirer comme direction. Seulement, pour peu qu'on incline la pointe en avant, et cela est indispensable afin d'éviter l'iris, qui, par suite de l'affaissement cadavérique de la chambre antérieure, tend à s'appliquer contre la cornée, le lambeau se trouve taillé en biseau et gêne l'issue libre de la lentille. On peut objecter, il est vrai, que ces conditions ne se présentent plus sur le vivant, ce qui serait, suivant moi, une erreur. A part, en effet, certaines cataractes séniles atrophiques, les autres ont pour effet, assez fréquemment, de repousser l'iris en avant et de diminuer d'autant la profondeur de la chambre antérieure de l'œil.

Un dernier reproche que je crois devoir adresser au couteau de Weber, c'est d'être, comme tout instrument coudé, d'un maniement plus difficile, et d'exposer, à la moindre déviation de la lame, à l'issue prématurée de l'humeur aqueuse.

M. GIRAUD-TEULON. Les difficultés opératoires dont vient de parler M. Perrin sont dues à l'affaissement cadavérique de l'œil, et il aurait pu les éviter en pratiquant au préalable une injection d'eau dans la chambre antérieure. Sur le vivant, on ne rencontre rien de pareil, et à part les cas relativement rares de cataractes entièrement molles, jamais on n'observe la diminution de la chambre antérieure, qui, au contraire, augmente tant soit peu de profondeur. Toutes les fois, en effet, que le cristallin devient opaque, il subit en même temps une certaine réduction de son volume, à part, je le répète, les cas de cataractes entièrement molles.

Quant à la difficulté de se servir d'un couteau coudé, j'avoue ne pas l'avoir rencontrée, et je la considère dès lors comme une pure affaire de convenance individuelle.

M. PERRIN. Je prends acte de la réserve faite par M. Giraud-Teulon au sujet des cataractes molles, qui, pour lui comme pour moi, contre-indiquent l'emploi du couteau de Weber.

Seulement, je persiste à penser, contrairement à notre collègue, que les cas où il y a diminution du diamètre antéro-postérieur de la chambre antérieure sont plus fréquents que ne le croit M. Giraud-Teulon.

COMMUNICATION

Tétanos traumatique à marche lente, guéri par le chloral. — M. Verneuil lit l'observation suivante, recueillie dans son service de Lariboisière par son interne, M. Richelot.

Le nommé Paul Leclerc, journalier, âgé de 20 ans, entre dans les salles le 29 janvier 1870.

Ce malade, il y a quinze jours, eut le doigt écrasé dans une porte. Il habite à Paris, dans une chambre humide.

Pendant huit jours il continue à travailler, sans s'inquiéter de son mal, et c'est au bout de ces huit jours seulement qu'il sentit un peu de roideur dans la mâchoire. Il n'y fit pas d'abord grande attention; mais le 25 janvier, le trismus devint assez fort pour gêner la mastication, et le 29 il se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — C'est un garçon robuste, bien portant d'ailleurs. L'extrémité du médius de la main droite a été écrasée, mais la plaie est en voie de cicatrisation, et très-peu douloureuse à la pression. Le trismus est déjà assez fort, mais n'empêche pas complétement l'introduction des liquides; les mâchoires peuvent être écartées de quelques millimètres. Aucune contracture dans le reste du corps, sauf à la nuque, qui est le siége d'une douleur modérée. Aucune dysphagie, aucune gêne de la respiration. La face est comme bouffie, les yeux à demi fermés par la contracture des orbiculaires; rire sardonique. Temp. 36,2.

La contracture durant déjà depuis huit jours, et ne s'étant pas généralisée; de plus, la déglutition et la respiration étant libres, on pense avoir affaire à un tétanos à forme lente, et on conserve quelque espoir de guérison.

Le 29 au soir, on institue le traitement : on couvre le malade pour provoquer la sueur, et on prescrit l'opium (*vingt* centigrammes dans la nuit). Temp. 37,6.

Le 30, potion avec *huit* grammes de bromure de potassium, et trois injections de *un* centigramme de chlorhydrate de morphine à la nuque. Temp. 37 (matin); 37,7 (soir).

Le 31, nouvelle potion semblable, injections plus fréquentes. La contracture apparaît dans les muscles abdominaux et les adducteurs de la cuisse. Il y a un peu de difficulté à uriner. Mêmes douleurs cervicales. Temp. 37.

L'urine, retirée par le cathétérisme, se montre chargée d'urates, mais sans trace de sucre ni d'albumine. Soir, temp. 37,6.

1er février. Le trismus n'a pas augmenté. La respiration et la déglutition sont toujours libres; mais la contracture des adducteurs a augmenté, l'abdomen est très-dur, et il y a quelques spasmes toniques. De plus, le malade se plaint de douleurs très-violentes et continues dans les aines, qui l'ont empêché de dormir et lui font jeter des cris.

On continuera les moyens propres à provoquer la sueur, ainsi que les injections de morphine; on supprime le bromure de potassium et on prescrit une potion avec *quatre* grammes de chloral à prendre dans les 24 heures.

Une injection de morphine (*un* gramme) est faite dès le matin, et un quart de la potion, soit *un* gramme de chloral, administré en même temps.

Au bout de dix minutes, n'entendant plus le malade pousser des cris de douleur, on revient à son lit, et on le trouve endormi d'un profond sommeil, dont des secousses ne peuvent le tirer. La respiration est ample, silencieuse, le pouls est calme et de force moyenne. En écartant les mâchoires, on les trouve notablement moins serrées, la tête est moins renversée en arrière. Temp. 37,7.

A une heure après midi, le malade dort toujours profondément. La contracture des adducteurs a cessé, on fléchit facilement la tête, l'abdomen est à peine tendu. En touchant celui-ci avec la main très-froide, on réveille légèrement le malade, et on détermine un spasme peu intense (opistotonos) qui cesse aussitôt; le malade retombe dans son assoupissement. On ne fait pas de nouvelle injection de morphine.

A six heures du soir, on retrouve le malade réveillé, encore un peu somnolent, mais sans aucune douleur. Il ouvre lui-même la bouche plus facilement que le jour de son entrée. La contracture des adducteurs est à peu près ce qu'elle était le matin. On l'a réveillé dans la journée pour lui offrir du bouillon et du potage, qu'il a pris facilement et avec plaisir. État moral excellent. Temp. 38.

La potion de *quatre* grammes ayant été achevée à six heures du soir, on en prescrit une nouvelle avec *deux* grammes de chloral, pour la nuit. Elle est commencée à huit heures du soir; aussitôt le malade s'endort profondément. A cinq heures du matin il se réveille avec des douleurs très-violentes dans les aines.

2 février. A la visite du matin, spasmes répétés et douleurs très-vives. Abdomen très-dur, muscles adducteurs violemment con-

tractés. La nuque est beaucoup moins libre qu'hier dans la journée. Rien dans les membres supérieurs ni dans les muscles thoraciques.

On fait immédiatement une double injection de morphine dans les deux aines (*deux* centigrammes), puis on attend trois quarts d'heure, afin d'observer séparément les deux médicaments. Les spasmes et les douleurs continuent, sans aucune amélioration. Au bout des trois quarts d'heure, on donne *un* gramme de chloral (potion avec *six* grammes pour les 24 heures), et, dix minutes après, le malade dort profondément. Un nouvel examen pendant le sommeil montre que les mâchoires s'écartent mieux, que l'abdomen est positivement plus souple, et que les adducteurs sont complétement relâchés. Temp. 37,8.

Le malade continue à dormir jusqu'à deux heures de l'après-midi. Puis il se réveille, et prend un potage avec appétit. A cinq heures et demie du soir, il est toujours calme; la contracture est presque entièrement revenue, mais sans spasmes ni douleurs. Temp. 38,8.

La potion avec *six* grammes de chloral étant épuisée, on prescrit de nouveau *deux* grammes pour la nuit.

3 février, visite du matin. Le malade est réveillé depuis sept heures du matin; il ne souffre pas, et se trouve dans le même état de relâchement qu'hier pendant le sommeil. Les spasmes sont rares et peu douloureux.

Une double injection de morphine dans les aines détermine un spasme assez fort. Temp. 39 (élévation notable de la température depuis hier).

Dans la journée, étant toujours sous l'influence du chloral (potion avec *dix* grammes), il se réveille de temps en temps, et prend son potage, et même un peu de viande, avec plaisir. La résolution relative de ce matin continue.

Soir. Temp. 38,2. On ne fait pas de nouvelle injection de morphine, afin de ne pas provoquer de spasmes.

4 février. État moins satisfaisant. Les muscles ne sont pas beaucoup plus contractés, mais il se plaint de nouveau de douleurs très-vives dans les aines, et de plus, d'une douleur épigastrique violente. Il n'a pas été à la selle depuis son entrée. La miction est impossible; cependant, par le cathétérisme, on ne trouve pas d'obstacle spasmodique. Temp. 38,6.

Prescription : Trois cuillerées à café d'huile de ricin; trois injections de morphine dans les 12 heures, en augmentant les doses;

six grammes seulement de chloral dans *deux cent cinquante* grammes d'eau au lieu de *cent vingt*, afin de ne pas irriter l'estomac.

Cinq heures et demie du soir. L'huile de ricin n'a produit aucun effet. Le malade a continué à souffrir jusqu'à trois heures, en poussant des gémissements. On a commencé alors la potion, et dès la première cuillerée, le sommeil est arrivé. Actuellement, il dort profondément, et les muscles sont plus relâchés que jamais. On ne fait pas de nouvelle injection de morphine, afin de ne pas le réveiller et d'éviter les spasmes. Temp. 39.

Dans la soirée, il se réveille avec des douleurs inguinales. Injection de morphine et cathétérisme.

5 février. Le malade n'a pris hier que la moitié de sa potion, soit *trois* grammes de chloral. Ce matin, la douleur épigastrique est disparue, mais les douleurs inguinales continuent, et la contracture est revenue assez forte, et paraît plus générale; les jambes ne peuvent se fléchir qu'avec une certaine peine. Temp. 37,5.

Prescription : Lavement purgatif. Potion avec *six* grammes de chloral dans *deux cent cinquante* grammes d'eau. On renoncera aux injections de morphine, et on placera le malade dans une gouttière de Bonnet, afin d'éviter les spasmes lorsqu'on change les alèzes.

Douleur inguinales et gémissements toute la journée. Le lavement purgatif ne produit pas d'effet. On commence la potion à six heures du soir seulement. A cette heure, la contracture est plus violente que les jours précédents, tout le membre inférieur est dans l'extension forcée (il n'a pris que très-peu de chloral depuis deux jours). Temp. 38.

Dans la nuit, le malade va une fois à la selle.

6 février, visite du matin. La contracture étant plus forte que jamais, la nuque plus douloureuse, le trismus plus marqué, on reprend les doses élevées de chloral (*huit* grammes). Temp. 37,9. L'appétit est très-diminué.

La journée se passe dans une demi-somnolence, qu'on entretient en donnant peu à peu la potion. Le soir, spasmes très-violents. Temp. 38,2.

La nuit se passe sans sommeil, mais sans douleurs vives.

7 février. Douleurs et spasmes très-violents. Temp. 38,4. On reprend les injections de morphine, *deux* centigrammes matin et soir, et on prescrit *dix* grammes de chloral.

Aussitôt que le chloral est administré, le malade s'endort. Le soir, il ne souffre plus, quoique réveillé; il plie un peu les jambes, fléchit

légèrement la tête; les spasmes sont rares; le trismus seul ne cède pas sensiblement. Vers cinq heures, il a uriné sans cathétérisme. La potion étant épuisée, on prescrit de nouveau *deux* grammes pour la nuit (*douze* grammes dans les 24 heures). Temp. 38.

8 février, La nuit a été très-bonne; même état, contracture modérée. Temp. 38.

La journée se passe également bien. A midi, il sent venir les spasmes; on donne aussitôt le chloral, et le calme revient. L'appétit est satisfaisant. La gouttière de Bonnet est mise de côté. Temp. 38,3 le soir.

10 février. Petite recrudescence des spasmes, coïncidant avec un froid très-vif depuis hier soir. On continue la potion avec *dix* grammes de chloral.

Jours suivants. Amélioration progressive. Le trismus et la contracture des muscles abdominaux cèdent peu à peu, l'appétit est considérable. La température se maintient à 37 et quelques dixièmes. On ne donne que *six*, *quatre*, *trois* grammes de chloral dans les 24 heures.

19 février. Rechute complète. Il a eu hier soir un grand frisson, qui reste inexpliqué. La plaie est un peu douloureuse, l'extrémité du doigt est un peu enflée, mais la cicatrisation est toujours en bonne voie. Ce matin, spasmes violents et douleurs inguinales comme par le passé. Temp. 38. Les *dix* grammes de chloral sont donnés de nouveau.

Le soir, on le trouve dormant profondément.

20 février. Les spasmes ont diminué. Temp 38. L'amélioration se prononce de nouveau; on donne régulièrement les *dix* grammes.

25 février. Nouvelle rechute; la contracture recommence aussi violente, mais sans grandes douleurs. On donne jusqu'à *quatorze* grammes de chloral dans les 24 heures.

La nuit est bonne, et le 26 tout est rentré dans l'ordre.

Les jours suivants, la contracture disparaît peu à peu, et la guérison se confirme. Le malade se lève vers le 10 mars, et sort de l'hôpital définitivement guéri le 24 mars.

Il a pris en tout plus de *deux cent* grammes de chloral dans l'espace de 38 jours.

La dose minimum a été de *trois* grammes par jour, et la dose maximum de *douze* grammes.

Réflexions. — A la suite de cette observation, je ne puis m'empêcher de faire quelques courtes remarques.

Dans tout le cours du traitement, il y eut trois rechutes qui coïncidèrent chacune avec la suspension momentanée du chloral.

Nous n'avons eu à noter aucun accident imputable au chloral, si ce n'est, peut-être, un sentiment de pesanteur abdominale, éprouvé par le malade vers le cinquième ou sixième jour de l'usage de cet agent, et qui, du reste, pourrait être attribué tout autant à la constipation; aussi, un simple purgatif a-t-il suffi à le faire disparaître sans retour.

Il est encore à noter que c'est le matin, au moment le plus éloigné de l'ingestion du chloral, que le malade accusait les plus vives souffrances. De suite après la reprise de la potion, le calme survenait et se prolongeait ainsi jusqu'après minuit.

En ce moment même, MM. Laveau, Dubreuil et Onimus traitent en commun un tétanique par le chloral et les courants électriques continus. Les résultats obtenus sont tels qu'il faut espérer qu'une prochaine guérison aura lieu.

M. Demarquay vient de nous communiquer une observation d'éclampsie puerpérale guérie en province par le chloral, et j'ai connaissance de trois observations du même genre. Il est donc opportun de continuer à expérimenter le chloral dans le tétanos, d'autant plus qu'en jetant un coup d'œil rétrospectif sur les moyens proposés jusqu'ici pour combattre cette terrible maladie, nous n'en trouvons aucun qui ait moins d'inconvénients que le chloral.

Parmi les moyens mis en usage, les uns sont empiriques, les autres théoriques. Mais, avant tout, constatons ce fait, que la durée du tétanos, lorsqu'il guérit, est longue, et que cette maladie est sujette à des récidives. Or c'est là que gît la difficulté de l'emploi de certaines médications reconnues utiles, mais qui ne peuvent être prolongées sans inconvénient.

La *sudation* est dans ce cas, outre qu'elle offre le danger d'exposer à un refroidissement périlleux pour le malade.

L'opium ne peut être supporté longtemps par l'estomac.

La *belladone*, qui peut être continuée encore moins longtemps, est un moyen infidèle, et exerce souvent une action convulsante.

Le *bromure de potassium*, excellent pour agir sur l'élément sensitif, n'a pas d'action sur les muscles tétanisés.

Le *chloroforme*, qu'on a peut-être trop accusé ici, dans une discussion de l'année dernière, est encore un moyen infidèle et qu'on ne peut continuer aussi longtemps que dure la maladie. D'ailleurs, administré de la sorte, il expose à la congestion du poumon.

Le *curare et l'ésérine*, outre qu'ils n'ont rien de constant

comme composition, offrent le désavantage d'être d'un maniement difficile, et l'on ne peut se les procurer aisément à la campagne.

Le *chloral*, d'une composition définie, facile à préparer sous forme de potion, admirablement supporté, puisque mon malade a pu en prendre sans le moindre danger *deux cents* grammes en vingt-huit jours, enfin, d'une action réelle et prompte, me paraît exempt des inconvénients précédemment signalés.

Tout partisan que je suis de l'anatomie microscopique, il faut bien avouer qu'elle ne nous a fait faire aucun pas relativement à la pathogénie du tétanos. La prolifération du tissu conjonctif de la moelle, qu'on a signalée, ne se rencontre que lorsque la maladie a duré déjà trois à quatre jours, et surtout dans les cas de tétanos chronique. Cela peut faire penser qu'il s'agit là d'une lésion purement consécutive.

C'est donc à la physiologie que nous devons nous adresser pour avoir l'explication des phénomènes. Or la physiologie nous avait déjà enseigné, entre autres, que le plus puissant antagoniste de la strychnine est précisément le chloral. Celui-ci, administré à la dose de *un* gramme, fait cesser les convulsions provoquées par la strychnine, et cela, dans l'espace de huit à dix minutes.

M. TRÉLAT cite un cas de délire survenu chez un individu atteint de phlegmon diffus de la jambe. Le délire, après avoir résisté à l'emploi combiné du vin et de l'opium, dont il a pris inutilement *vingt* centigrammes par jour, pendant quatre jours, céda complétement sous l'influence de *trois* grammes de chloral.

M. DESPRÈS, tout en admettant que le chloral est un excellent soporifique propre à calmer les vives douleurs dont se plaignent les tétaniques, ne croit pas que la guérison de la maladie doive lui être attribuée. Dans les cas de tétanos à longue durée, c'est-à-dire léger, comme l'était celui rapporté par M. Verneuil, la guérison a été obtenue par toute espèce de moyens, et cela dans la proportion de un sur neuf.

Dans les cas graves et de courte durée, tous les moyens ont au contraire échoué, ce qui prouve qu'il faut être très-réservé avant d'attribuer au nouveau moyen des propriétés véritablement curatives.

M. GIRALDÈS. Comme M. Verneuil n'a eu recours au chloral qu'alors que les autres moyens avaient échoué, il n'est pas possible de nier l'efficacité de cet agent thérapeutique.

Sans doute, il s'agissait ici d'un cas de tétanos à marche lente,

les seuls qui puissent guérir; mais il n'en est pas moins vrai que l'apparente bénégnité du début a fait place bientôt à des accidents tétaniques très-graves qui n'ont cédé qu'au choral seul.

M. LIÉGEOIS. M. Verneuil a eu raison de dire que c'est à la physiologie seule qu'appartient de débrouiller l'histoire du tétanos. Celui-ci peut être considéré, en effet, comme une action reflexe provoquée par l'excitation périphérique.

Tous les moyens qui ont pour effet de diminuer l'action excito-motrice de la moelle peuvent donc rendre des services, et le chloral en est un.

Il en est de même du bromure de potassium, et surtout de l'aconitine, sur laquelle j'ai expérimenté.

Par contre, je n'ai jamais compris l'emploi du curare, dont l'action se borne à paralyser les filets moteurs périphériques.

Les saignées abaissent le pouvoir excito-moteur, et l'anémie de la moelle, telle qu'on l'obtient en injectant dans les vaisseaux qui s'y rendent de la poudre de lycopode, l'anéantit sur-le-champ.

M. DEMARQUAY. M. Lestival, de Lyon, vient d'envoyer à l'Académie une observation de guérison de tétanos traumatique consécutif à un écrasement du pouce. Le moyen employé par lui fut la section du nerf médian, qui fit cesser immédiatement le tétanos. Laissant de côté ce fait, quelque peu exceptionnel, je dois ajouter que l'aconitine m'a procuré, à deux reprises différentes, la cessation des accidents tétaniques chez un individu indocile qui, s'il ne s'était pas exposé à une dernière rechute, aurait fini par guérir certainement.

M. LARREY. Tous les moyens vantés tour à tour ayant échoué jusqu'ici, il est permis d'en rechercher de nouveaux, et les essais tentés sur le chloral doivent être accueillis avec empressement.

Une condition essentielle pour réussir consiste au passage du tétanos à l'état chronique, seule forme susceptible de guérison.

Le cas de M. Verneuil me paraît d'autant plus intéressant, que malgré la bénégnité apparente du début, il s'agissait là, en somme, d'un tétanos grave, preuve, entre autres, les violentes douleurs à la ceinture, dont le caractère fâcheux a été indiqué par mon père le premier.

M. BLOT. Autant je serais disposé à employer le chloral contre l'éclampsie, autant je ne saurais laisser sans protestation ce que disait tout à l'heure M. Desprès au sujet de l'utilité qu'il pourrait y avoir, dans certains cas, à pratiquer l'accouchement préma-

turé artificiel pour faire cesser l'éclampsie. C'est là un précepte irrationnel et dangereux que personne, j'en suis sûr, ne voudra accepter.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 30 MARS 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : L'*Art dentaire;* — Le *Marseille médical.*

— *Ablazione completa intrabuccale et sotto periostea della mascella inferiore,* del prof. Fr. Rizzoli. — Bologne, 1863, grand in-4°.

— *De la septicémie chirurgicale aiguë.* Thèse inaugurale, Strasbourg, 1870, par Alb. Blum.

— *De la désarticulation scapulo-humérale.* Thèse inaugurale, par J. G. Chambaud, Paris, 1870.

— M. Larrey offre à la Société deux volumes de *Mémoires de l'Institut* et une série de *brochures de chirurgie.* — Remercîments.

Discussion sur le chloral.

M. DEMARQUAY. Je viens de recevoir dans mon service un homme qui depuis un mois et deux jours est sujet à une insomnie continue. Je le trouvai très-excité, et l'opium n'ayant fait qu'augmenter l'excitation, je lui ai administré du chloral. *Neuf* grammes de cette substance prise dans la journée procurèrent un sommeil de plusieurs

heures, et depuis trois jours que l'on continue cette médication, le calme est complet.

M. VERNEUIL. Avant de répondre aux objections qui m'ont été faites dans la dernière séance, je demanderai à la Société la permission de lui communiquer certains documents nouvellement produits relatifs à des guérisons de *delirium tremens* et d'éclampsie par le chloral.

M. B. V. Langenbeck, dans le *Berlin Klin Wochenschrift* pour 1869, publie l'observation d'une femme de 40 ans qui, s'étant faite une fracture de l'avant-bras, fut prise de *delirium tremens* d'origine alcoolique. L'opium et la morphine ayant échoué pour l'apaiser, Langenbeck fit deux injections sous-cutanées d'hydrate de chloral, de *deux* grammes chacune, en même temps qu'il administra *quatre* grammes de chloral en potion. La malade tomba dans un profond sommeil qui dura jusqu'au lendemain. Le second jour, vers le soir, on prescrit une nouvelle potion au chloral, et le *delirium tremens* disparaît sans retour.

M. Chapman relate, dans le *Medical Times* du 2 novembre 1869, l'histoire d'un homme de 60 ans, ivrogne de profession, et qui déjà avait eu cinq attaques de *delirium tremens* en cinq ans.

L'opium réussit tout d'abord, mais une rechute étant survenue quelques jours plus tard, et l'opium devenant insuffisant, Chapman administra *trente* grains d'hydrate de chloral, puis *vingt*, en tout *cinquante*, qui firent cesser définitivement le délire.

Nous ne ferons que citer un cas de tétanos traumatique traité par Langenbeck à l'aide du chloral, et dont on trouve une simple mention dans le *Schmidt's Jahrbücher*. L'auteur paraît, du reste, en avoir retiré de bons effets, puisque, en parlant de la médication, il dit : « *die besten Heil-Erfogle.* »

Relativement à l'*éclampsie*, Rabl-Rückard (voy. *Berlin Klin Wochenschrift* 1869, et *Union médicale*, 5 février 1870) fait connaître deux faits de guérison par le chloral.

Dans le premier cas, les attaques qui se sont montrées au début du travail, et se répétaient depuis six heures déjà, cédèrent à une injection sous-cutanée de *deux* grammes de chloral, suivie de quatre autres injections de *un* gramme, faites dans l'espace de 20 heures.

Dans un second fait, l'éclampsie durait depuis 20 heures. Une double injection de *deux* grammes de chloral chacune mit fin aux attaques.

Enfin, dans un troisième fait, l'auteur n'a pas été aussi satisfait des résultats fournis par le chloral.

Revenant au tétanos, je rappellerai que dans certaines localités, et sous certaines latitudes, on observe plus souvent qu'à Paris cette redoutable complication des plaies.

C'est ainsi que mon ancien condisciple, M. Thomas, a eu l'occasion d'observer à Nevers 14 cas de tétanos à lui tout seul, alors qu'à Paris, tant en ville qu'à l'hôpital, je n'ai eu à traiter jusqu'ici que cinq à six tétaniques.

Sans aller loin, il paraît que dans le département des Deux-Sèvres, le tétanos sévit fréquemment.

Tout le monde sait, d'ailleurs, combien le tétanos est commun dans le nord, et surtout dans les contrées équatoriales. Mais laissant de côté toutes ces questions de localité, j'arrive aux objections qui m'ont été faites à la suite de ma communication, dans notre dernière séance.

M. Desprès nous a dit que la guérison spontanée du tétanos subaigu est aux insuccès comme 1 est à 9. Je ne sais véritablement pas où il a pu puiser les éléments de cette statistique, attendu que si l'on s'empresse de publier les cas de guérison de tétanos, il n'est pas douteux que le plus grand nombre de ceux qui se sont terminés par la mort restent dans l'ombre.

Notre collègue semble croire que la forme chronique guérit toute seule, ce en quoi il est en communion d'idées avec Billroth. Mais il oublie, sans doute, que fort souvent le contraire a lieu; preuve, l'exemple cité dans la dernière séance par M. Demarquay, et terminé par la mort; preuve encore, mon malade et celui de Dubreuil et Onimus, qui ont manqué périr plusieurs fois, et qui seraient morts très-certainement si on n'était pas intervenu à temps.

M. Desprès ne voudra pas, sans doute, abandonner les tétaniques sans secours, mais sommes-nous déjà si armés contre cette terrible affection, pour qu'il soit inutile que nous cherchions à mieux faire!

Les succès que j'ai obtenus, celui de Langenbeck et d'Onimus, nous encouragent à poursuivre l'emploi du chloral, et c'est à l'avenir qu'appartient de juger définitivement la valeur réelle de cet agent thérapeutique.

M. Desprès fait du chloral un soporifique tout comme un autre. Qu'il me permette de lui faire observer que ce médicament est en outre analgésique et antitétanique, et c'est précisément parce qu'il réunit à lui seul ces trois qualités, qu'il me paraît devoir convenir au traitement du tétanos.

Notre collègue semble vouloir admettre deux espèces distinctes

de tétanos : l'une à forme lente et susceptible de guérison ; l'autre, au contraire, à marche rapide et essentiellement mortelle.

Pour mon compte, je crois qu'il y a des tétanos variant quant au siége et à l'étendue, mais non dans leur nature, qui est toujours la même, à savoir une action excito-motrice reflexe.

Tantôt, en effet, il s'agit d'un simple spasme au voisinage de la partie lésée ; d'autres fois on a affaire au tétanos plus ou moins généralisé.

De même, tant que le tétanos se borne aux muscles extérieurs des membres, il n'offre aucune gravité. Mais supposez un instant que les muscles de la mastication et de la respiration viennent à se prendre, et alors le pronostic devient des plus fâcheux.

Je ne veux point soutenir ici que dans le tétanos il n'y ait aucune altération matérielle, soit dans la composition du sang, soit dans les centres nerveux. Au contraire, la température peut, dans le tétanos à marche rapide, monter jusqu'à 40 degrés, et des altérations des centres ont été rencontrées alors que la maladie a duré depuis quelque temps. Seulement, ainsi que je le disais dans la dernière séance, il est fortement à croire qu'il s'agit plutôt là de lésions consécutives.

Quoi qu'il en soit, trois éléments doivent être pris en considération dans le traitement du tétanos, à savoir : la *douleur*, la *prolongation de la contraction*, et enfin les *altérations du sang et des centres nerveux*.

Le chloral s'adresse à l'élément douleur et à l'excitabilité reflexe de la moelle ; de là, le calme et la détente musculaire qu'il procure à la longue.

Que si des muscles importants à la vie étaient tétanisés, le malade est sous le coup d'un danger imminent, auquel cas il faut, à l'exemple de MM. Laveau, Dubreuil et Onimus, faire cesser la contraction sur-le-champ, à l'aide des courants continus.

M. DESPRÈS. Répéter, avec les physiologistes et M. Verneuil, que le tétanos est une action reflexe, ce n'est pas indiquer la cause première du mal, qui, à mon sens, est une altération de la substance des nerfs et de la moelle.

A mon avis, ce qui différentie le tétanos traumatique du spontané, c'est la plaie qui a causé une lésion nerveuse plus profonde, et le danger, dans certains cas graves, dépend d'un élément infectieux se surajoutant au traumatisme : témoin la fièvre avec frisson initial, qui annoncent parfois le début des tétanos promptement suivis de mort.

Ainsi, c'est à une espèce de putridité des plaies contuses et à une résorption, qu'il faut attribuer l'origine de ces tétanos très-graves. Mais à côté de ces tétanos, il y en a de benins, comme le sont les tétanos spontanés.

Le malade de M. Verneuil était atteint d'un de ces tétanos à marche lente, qui sont susceptibles de guérison par une foule de moyens. Je prendrai à témoin le trismus qui a duré trois jours, sans qu'aucun autre muscle participât à la contracture, et ce ne fut que progressivement, et à la longue, que d'autres parties du corps se sont convulsées.

Je dirai, à ce propos, qu'en admettant même que l'électricité ou tout autre agent fasse cesser l'état tétanique des muscles, pris au début du mal, cela n'empêche en rien que les autres muscles ne s'affectent à leur tour.

Velpeau avait démontré, en effet, que dans le tétanos à marche lente, seul susceptible de guérison, un muscle est pris, puis un autre pendant que celui-ci se relâche, et ainsi de suite. Or, il est à noter que dans le fait de M. Verneuil, la maladie a suivi précisément cette marche, sans qu'il faille en faire l'honneur au chloral.

En disant que le chloral n'avait qu'une action tout comme les autres médicaments somnifères, j'ai voulu établir par là que l'action spéciale sur le tétanos ne nous paraissait pas démontrée.

Sans doute je ne blâme pas l'emploi du chloral, seulement je demanderais aux expérimentateurs moins d'enthousiasme pour ce nouveau moyen, qui pourra finir par échouer comme tant d'autres.

Si, ainsi que l'a rappelé M. Verneuil, le chloral est considéré par M. Liébreich comme le meilleur contre-poison de la strychnine, et réciproquement, il ne faudrait pas oublier que le curare, l'ésérine, la belladone, l'opium, etc., ont été vantés aussi comme d'excellents antidotes de la strychnine.

Du reste, l'action anesthésique du chloral est loin d'être prouvée, attendu que les malades ressentent le pincement et la douleur. Rien ne prouve non plus qu'il abolisse, ou seulement qu'il diminue les actions reflexes.

Je pourrai passer pour paradoxal, comme me l'a reproché M. Verneuil dans son discours, ce qui ne m'empêchera pas de confesser ici que je ne suis nullement satisfait de la marche suivie par la médecine contemporaine allant à la recherche de nouveaux médicaments spécifiques. Le progrès, c'est dans la recbercbe de médications, et non dans la recherche d'une médication spécifique. Je suis,

on le voit dans cette circonstance, l'ennemi de la spécificité du chloral, tout comme je l'ai été et je le suis toujours de celle du mercure dans le traitement de la syphilis.

M. DEMARQUAY. Je serai plus réservé que M. Verneuil au sujet de l'explication qu'il faut donner à l'action du chloral sur le tétanos.

Le froid me paraît jouer dans l'étiologie de cette affection un rôle prépondérant. C'est pourquoi j'ai proscrit, pour mon compte, les irrigations continues d'eau froide du traitement des grands traumatismes des membres inférieurs. L'année dernière encore, j'ai vu la mort par tétanos survenir chez deux malades de la ville qu'on avait soumis, malgré mon avis, aux irrigations d'eau froide. Je saisis donc cette occasion pour protester une fois de plus contre l'emploi des irrigations continues en pareille circonstance.

M. LIÉGEOIS. Je conserve des doutes au sujet des propriétés analgésiques du chloral, et relativement aux altérations du sang mentionnées par Billroth et Roser je voudrais savoir si elles ne se bornent à une altération veineuse par la gêne respiratoire, ainsi que je le pense.

J'ai institué, ces jours derniers, des expériences concernant l'antagonisme du chloral et de la strychnine, et voici à quels résultats je suis arrivé :

Un lapin a le nerf sciatique coupé, après quoi je lui injecte *deux* milligrammes de strychnine en deux fois, dose qui tue constamment ces animaux.

Un autre lapin du même poids, mais qui n'a pas le sciatique coupé, reçoit la même dose de poison.

Chez le premier lapin, les accidents se montrent dix minutes plus tôt, ce qui tient à l'excitation morbide que le centre médullo-spinal reçoit du nerf coupé. Je pratique alors et avec de grands ménagements, afin d'éviter une attaque qui aurait pu tuer l'animal, une injection sous-cutanée de *vingt-cinq* centigrammes d'hydrate de chloral. Dix minutes après cette injection, on pouvait lever l'animal sans provoquer chez lui de convulsions; au bout de vingt minutes, quelle que fût l'excitation, on ne parvenait pas à reproduire le tétanos. L'animal finit par se rétablir complétement dans la journée, et fut sacrifié le lendemain à d'autres expériences.

Chez le second lapin, avant de pratiquer une double injection de *vingt* centigrammes de chloral, puis de *trente*, je tétanisais l'animal en le laissant tomber de haut. L'animal a survécu ainsi *deux heures*, pendant lesquelles il était en mort apparente. La respiration

et le cœur continuaient de fonctionner pendant tout ce temps, grâce au chloral, alors qu'il n'y avait plus trace de mouvements reflexes ou volontaires.

Retournant l'expérience, je débutais par administrer *quatre* grammes de chloral en quatre fois. Dans ces circonstances, au lieu de *un* milligramme et demi, il m'a fallu donner *trois* milligrammes de strychnine pour empoisonner l'animal. Une autre fois, après avoir donné *cinquante* centigrammes de chloral, j'administrais *un* milligramme et demi de strychnine, qui donna bien des convulsions, mais n'empêcha pas l'animal de se rétablir promptement.

Ces expériences démontrent l'antagonisme réel des deux substances, mais ne nous permettent, je m'empresse à le reconnaître, de tirer aucune conclusion relativement au tétanos. C'est que, en effet, l'action du chloral se borne à activer l'élimination de la strychnine, tandis que nous ignorons absolument quel est l'élément pathogénique du tétanos, et dès lors comment cette substance peut agir sur les altérations survenues dans la substance de la moelle.

COMMUNICATIONS

M. S. DUPLAY lit l'observation suivante :

Luxation en dehors de la rotule. Irréductibilité par les méthodes ordinaires. Réduction facile à l'aide d'une double érigne implantée à la face antérieure de la rotule. — Un homme de 25 ans, très-solidement musclé, entre le 9 mars 1870 à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Vincent-de-Paul, n° 24.

La veille, cet homme, portant sur ses épaules un sac d'avoine du poids de 40 kilogrammes environ, fit une chute dans laquelle le genou gauche vint heurter violemment contre le bord d'une cloison de briques. Le blessé roula à terre et ne put se relever. Il fut immédiatement conduit à l'hôpital.

A la visite du lendemain, je trouve le genou médiocrement tuméfié, mais présentant une déformation caractéristique. Il est aplati d'avant en arrière, élargi transversalement.

Le condyle interne du fémur fait une saillie en dedans; le condyle externe est masqué par la rotule déplacée. La face antérieure de celle-ci regarde en dedans; son bord externe, porté en dehors, fait une forte saillie en avant; son bord interne, impossible à sen-

tir, est profondément situé et repose manifestement sur l'espace intercondylien du fémur. Le ligament rotulien, fortement tendu et saillant, se porte obliquement de bas en haut et de dedans en dehors. La jambe est dans l'extension complète ; la flexion est à peu près impossible, et lorsqu'on cherche à la produire, on éprouve une résistance considérable, et le malade témoigne une vive douleur.

Après avoir administré le chloroforme et obtenu la résolution musculaire, j'essaye la réduction par le procédé de Valentin, en élevant le membre inférieur jusqu'à angle droit sur le bassin, et en cherchant à repousser le bord externe de la rotule, soit avec les doigts, soit avec la paume de la main.

Je tente ensuite la flexion brusque de la jambe sur la cuisse. La rotule reste immobile; il est absolument impossible de dégager son bord interne, qui paraît solidement enclavé dans le creux intercondylien.

Le 10 mars, je répète les mêmes tentatives sans obtenir un meilleur résultat.

Dès lors, je demeure convaincu que la réduction ne sera possible qu'à la condition d'attirer en avant, par un moyen direct, le bord interne de la rotule, de manière à le dégager du creux intercondylien et à lui permettre de repasser en avant du condyle interne.

Le même résultat aurait pu être obtenu en agissant sur la rotule à l'aide d'un levier introduit sous la face postérieure de l'os. Mais, quoique cette méthode ait été employée par Moreau, le danger de l'ouverture de l'articulation devait éloigner de moi toute pensée de recourir à ce moyen.

Voici donc celui que j'employai : Une double érigne, très-solide, représentant assez bien les griffes de Malgaigne pour la fracture de la rotule, fut enfoncée à travers les téguments de la face antérieure du genou, au voisinage du bord interne de la rotule, et solidement implantée à la face antérieure de l'os. Par un effort énergique, j'attirai la rotule en avant, et la luxation fut immédiatement réduite. Le malade, préalablement chloroformé, n'avait ressenti aucune douleur.

Le membre fut placé dans une gouttière et maintenu dans l'extension. Quoique certain de n'avoir pas pénétré dans l'intérieur de l'articulation, je recouvris d'une petite pièce de linge enduite de collodion les piqûres résultant de l'introduction des griffes, et je fis appliquer de la glace en permanence sur le genou.

Les jours suivants, un léger épanchement intra-articulaire se produit, mais l'articulation reste indolente, sans chaleur ; il n'y a aucune réaction générale.

La glace est supprimée au bout de deux jours ; on lui substitue des cataplasmes froids.

Le quatrième jour, les piqûres sont entièrement cicatrisées. L'épanchement a déjà considérablement diminué.

Aujourd'hui, dix jours après l'opération, l'articulation est parfaitement saine, la rotule est mobile au-devant du fémur, comme à l'état normal. Le malade pourrait se lever ; cependant je lui ferai garder le repos pendant quelque temps encore.

M. PERRIN lit l'observation suivante, recueillie dans son service par M. Pagès :

Rétinite leucocythémique diagnostiquée pendant la vie. — Mort. Autopsie. — Le nommé S... (Charles), soldat au 11e régiment d'artillerie, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 21 décembre 1869, dans le service de M. le professeur Perrin.

C'est un homme de 34 ans. Interrogé sur ses antécédents, il nous apprend qu'étant en Afrique, en 1859, il a été pris de fièvres intermittentes à type quotidien qui ont duré quatre mois. Elles ont cédé au sulfate de quinine. L'année suivante, il a 3 ou 4 accès isolés à des intervalles de 2 ou 3 mois, et qui ont disparu sans traitement. Depuis cette époque, sa santé a été très-bonne.

Vers le mois de septembre 1869, son attention fut appelée par une tumeur de la grosseur du poing, qu'il sentait dans le flanc gauche. Elle était douloureuse à la pression. Entré d'abord à l'hôpital de Vincennes, il fut évacué à l'hôpital du Val-de-Grâce le 2 décembre 1869.

Le malade est pâle, amaigri ; le ventre présente une légère tuméfaction du côté gauche.

A la palpation, on constate la présence d'une tumeur qui s'étend, en dedans, jusqu'à l'ombilic, et descend obliquement en bas, jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque. La tumeur est dure, immobile. En faisant glisser sur elle la paroi abdominale, on perçoit un certain froissement, dû probablement à des adhérences entre le péritoine et la tumeur.

A la percussion, la matité se confondait en haut avec la matité précordiale; en bas, elle s'étendait jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; en dedans, jusque sur la ligne médiane. Indépendamment de cette augmentation

de volume de la rate, on constate une augmentation sensible dans les dimensions du foie, qui dépasse de 3 centimètres le bord des fausses côtes et s'étend en haut jusqu'à la 5e côte; et, en dedans, il est impossible d'établir la ligne de séparation entre lui et le cœur.

Les ganglions de l'aîne, de l'aisselle, du cou, sont sensiblement hypertrophiés.

Le malade n'a pas de fièvre ; le pouls est faible, facilement dépressible.

Le nombre des pulsations varie de 60 à 65.

La respiration est normale.

L'appétit est conservé.

2 *janvier*. Le malade a une épistaxis. Son affaiblissement augmente; une diarrhée intense se déclare. Les selles sont au nombre de 20 à 25 dans les vingt-quatre heures. (Elles sont liquides et renferment une petite quantité de sang. Le 2 janvier, on voyait flotter, au-dessus de la partie liquide, un tiers de litre environ d'une matière blanche, floconneuse, qui ressemblait assez à de la fibrine. Cette particularité ne s'est produite qu'une fois) On administre une potion avec *quatre* grammes de sous-nitrate de bismuth et *quatre* grammes de diascordium. La diarrhée persiste pendant 4 ou 5 jours, puis diminue ; le malade n'a plus que 3 ou 4 selles dans les 24 heures. Son affaiblissement augmente. Tous les jours le malade a une épistaxis peu abondante. Examiné au microscope, le sang présente une grande quantité de globules blancs, dont le nombre est presque aussi considérable que celui des globules rouges.

20 *janvier*. Le malade éprouve de fortes coliques. La diarrhée reparaît. Le nombre des selles s'élève à 25 et 30 dans les 24 heures. La tumeur est toujours douloureuse à la pression; elle n'a pas sensiblement augmenté de volume.

25 *janvier*. Le malade se plaint de bourdonnements d'oreille et de violents maux de tête du côté gauche. L'ouïe s'affaiblit d'une façon très-manifeste, surtout à gauche. La vue a considérablement diminué, et le malade ne voit plus qu'à travers un brouillard.

1er *février*. La diarrhée persiste. Le nombre des selles, bien qu'il soit encore considérable, a diminué : il n'est plus que de 10 dans les 24 heures. Le malade se plaint d'une grande faiblesse ; les hémorrhagies nasales se produisent tous les 2 ou 3 jours. Il éprouve une chaleur très-vive du côté de la tumeur. Le même état se prolonge jusqu'au 9 mars.

9 *mars*. La diarrhée augmente. Les selles sont au nombre de 15

dans les 24 heures. L'affaiblissement et la maigreur font tous les jours des progrès sensibles. Le caractère du malade devient très-irritable. Il se plaint toujours de ses maux de tête. Sa vue est très-affaiblie.

De l'œil gauche, il ne distingue que confusément les objets; mais il peut encore lire de l'œil droit, quoique avec peine. Pour cet œil :

L'acuité visuelle est représentée par 1/7.

A la distance de 1 pied, le champ de la vision est notablement diminué; il n'est guère plus que de 20 centimètres de rayon. Du côté de l'angle nasal, il n'est plus que de 10 centimètres.

A l'examen ophtalmoscopique, on constate des hémorrhagies rétiniennes nombreuses et plus ou moins étendues, faisant saillie sur un fond jaunâtre, où l'on voit encore des exsudats et de petites granulations grisâtres, surtout du côté de la tache jaune. Cet ensemble rappelait à l'esprit l'aspect de certaines végétations. La papille n'est pas nettement limitée et se confond presque avec le fond jaunâtre dont nous avons parlé.

Les vaisseaux ont leur calibre et leur couleur normale. Ils sont d'un beau rouge et ne présentent pas la teinte violacée signalée par Liebreich.

4 mars. Les maux de tête, qui jusqu'alors étaient restés localisés dans le côté gauche, se font sentir dans le côté droit.

Les veines sous-cutanées abdominales, distendues, se dessinent sous les téguments. Nous n'avons pas observé, depuis le commencement de la maladie, la moindre trace d'œdème ni d'ascite.

23 *mars*. L'appétit, qui jusqu'à ce moment avait été bon, diminue très-notablement. Le malade s'affaiblit de plus en plus.

25 *mars*. La prostration est très-marquée; les douleurs de la rate persistent ainsi que la diarrhée, et le 26 mars, pendant que le malade, assis sur son lit, prenait son potage, il s'affaisse et meurt.

Autopsie pratiquée avec le concours de M. le professeur Villemin, qui a bien voulu se charger de l'examen au microscope.

Rate. — Hypertrophie considérable. Longueur, 32 centimètres. Poids, 2 kil. 200. Cet immense volume résulte d'une hypertrophie simple. Le tissu est tout à fait normal au point de vue de sa structure histologique.

Foie. — Hypertrophie considérable portant sur la totalité de l'organe, dont la forme est conservée. Poids, 4 kil. 600. Le microscope ne révèle aucune altération de structure. On constate seulement la

distension des vaisseaux hépatiques, dont le réseau se distingue par la couleur pâle des cellules du foie, qui paraissent plus foncées.

Reins. — Les reins sont triples de volume, sans altération de structure.

Système ganglionnaire. — Les ganglions mésentériques, inguinaux et cervicaux sont atteints d'hypertrophie simple.

Rétine. — La rétine est opaline dans toute son étendue; sa couleur est d'un gris jaunâtre. Dans une zone circulaire située à 4 millimètres environ de la papille, on rencontre des altérations pathologiques disposées avec une certaine symétrie, et rappelant à l'esprit la disposition de certaines arborisations fines et vasculaires des affections chroniques de l'intestin. Ces productions pathologiques sont manifestement en saillie; elles sont rouges, finement mamelonnées ; on remarque, dans leur épaisseur, de petites masses grises, assez analogues aux granulations miliaires. Ces masses sont constituées par de grosses cellules graisseuses, répondant à ce que l'on appelait autrefois des *corpuscules de Gluge*.

Au milieu d'elles se voit une grande quantité de granulations graisseuses libres résultant de la dissociation des cellules. Tous ces éléments sont situés dans les couches externes de la rétine, autour de ces petites productions graisseuses, toutes distendues et remplies de globules blancs.

Ceux-ci forment des amas variables en étendue ; les uns paraissent manifestement renfermés dans les vaisseaux dilatés, les autres se présentent sous la forme de masses plus diffuses qui infiltrent de grandes portions de la rétine.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

SÉANCE DU 6 AVRIL 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le numéro d'avril des *Archives générales de médecine*; — Le *Bulletin de thérapeutique*, numéro du 30 mars; — La *Gazette médicale de Strasbourg*; — Le *Sud médical*; — Le *Journal de médecine de l'Ouest*; — Le *Bulletin médical du nord de la France.*

M. DESPRÈS offre un exemplaire de son *Traité iconographique de l'ulcération et des ulcères du col de l'utérus*.

La Société remercie

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le tétanos.

Discussion sur le tétanos.

M. GIRALDÈS. Lors de ma première communication sur le chloral, je disais ici que les résultats auxquels j'étais arrivé ne différaient en rien de ceux annoncés par Liébreich et Richardson.

Depuis cette époque, le chloral a été donné pour des éclampsies, pour le tétanos, et plusieurs fois contre le *delirium tremens*.

Les doses du chloral administré dans les divers cas ont varié depuis *deux* grammes jusqu'à *dix* et *quinze* grammes.

Je doute que cette dernière dose puisse être souvent atteinte sans inconvénient, attendu que, même à *trois* grammes, cet agent a pu, exceptionnellement il est vrai, déterminer des accidents. Pour mon compte, chez les enfants, js n'ai jamais dépassé la dose de *quatre* à *cinq* grammes, et je m'en suis bien trouvé.

Un point important de l'action du chloral consiste dans l'abaissement de la température, parfois considérable, puisque Spencer-Wels l'a vue descendre de 104 à 99 Fahrenheit.

Dans ma pratique, j'ai observé plusieurs cas de tétanos, et je puis dire en avoir vu de toutes les formes et à tous les âges de la vie. Pour mon compte, je crois absolument aux deux formes de tétanos: l'une *grave*, à marche *aiguë*, signalée par Romberch; l'autre *chronique* et susceptible *de guérison*. Le tétanos traumatique appartient le plus souvent à la première espèce.

Parmi les statistiques de tétanos, il faut distinguer celles prises dans les hôpitaux ou dans la pratique militaire, qui méritent toute confiance, de celles fabriquées en compulsant les journaux. Ces dernières manquent nécessairement de contrôle, et méritent dès lors une moindre créance. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à comparer les chiffres fournis de part et d'autre.

Lawrie, à l'hôpital de Glasgow, sur 50 cas, a noté 41 morts.

Poland (*Guy's hosp. reports*, III[e] volume, 3[e] série), sur un relevé de 72 faits, comprenant les cas reçus à l'hôpital de 1825 à 1857, signale 62 morts.

Dans la dernière campagne des États-Unis, on a eu 360 cas de tétanos, qui ont fourni 336 morts.

Frerich, dans une thèse relative au tétanos traumatique, relate 176 cas de tétanos, dont 128 suivis de mort. Il est même à noter que 83 fois la mort est survenue dans les *quatre* premiers jours de la maladie.

Par contre, sur une statistique de Lawrie, puisée cette fois-ci dans les journaux, on compte, sur un total de 171 malades atteints de tétanos, 80 morts et 91 guéris.

D'une manière générale, le tétanos commence par les parties supérieures de la moelle, et c'est ce qui explique l'élévation de la température, qui a été souvent signalée. Les expériences physiologiques ont démontré, en effet, que la section de la portion cervicale de la moelle a pour effet d'exagérer la température de l'animal en expérience.

Depuis longtemps déjà, Oppoltzer, Rokitansky et Demme ont démontré que dans le tétanos la moelle est le siége d'altérations pathologiques; mais c'est surtout à Lockhart-Clark et à Dickson que nous devons de bien connaître les altérations en question, consistant, comme on le sait, dans une prolifération des cellules avec ramollissement de la substance grise de la moelle.

On pourrait objecter, il est vrai, que ces lésions sont consécutives. Mais dans le cas de Dickson, la mort étant survenue 18 heures après le début du tétanos, il est difficile d'admettre qu'il ne s'agisse pas là d'une lésion véritablement primitive.

L'opinion de Richardson, qu'une matière septique puisée dans la plaie pénètre dans la substance grise de la moelle et l'altère, comme le ferait la strychnine, outre qu'elle n'est pas neuve, manque absolument de preuves.

Parmi les 41 cas de mort survenus à l'hôpital de Glasgow, on a signalé 36 fois la mort par asphyxie. Ne serait-il pas indiqué en pareil cas de suivre le principe donné par Marschal Hall dans l'épilepsie, et de pratiquer la trachéotomie?

M. Verneuil propose les courants continus, ce à quoi je n'ai rien à objecter, pas plus qu'au chloral, qui me paraît parfaitement indiqué. Seulement, si ces moyens restaient insuffisants, il faudrait, ce me semble, à défaut de mieux, songer, comme je l'ai déjà dit, à la trachéotomie.

M. Demarquay a protesté, à notre dernière séance, contre l'emploi des irrigations froides dans le traitement des grands traumatismes des membres inférieurs. Qu'il me soit permis à mon tour de relever cette proscription. J'ai employé et j'ai vu employer l'irrigation continue par Bérard, qui en était le promoteur, par Velpeau, Lenoir et d'autres, et je puis affirmer que jamais le tétanos n'en a été la conséquence. Du reste, Percy, Lombard, etc., avaient déjà pratiqué les irrigations de leur temps, et aucun n'a signalé le tétanos comme conséquence de cette excellente pratique.

Je terminerai ce que j'avais à dire en insistant sur la nécessité qu'il y a de continuer les essais thérapeutiques par le chloral, vu l'efficacité, bien démontrée aujourd'hui, de cet agent médicamenteux dans maintes affections de nature spasmodique.

M. BROWN-SÉQUARD. A l'instigation de mon ami M. Verneuil, je viens solliciter l'honneur de prendre la parole au sujet de la question qui s'agite ici, relativement à la nature et au traitement du tétanos.

Les *théories* émises sur la nature du tétanos ont beaucoup varié jusque dans ces derniers temps.

Benjamin Travers fils, le premier, a mis en avant l'idée d'une altération du sang comme cause première du tétanos. Ce qui le conduisit à cette idée, c'est un cas de tétanos survenu chez un homme devenu anémique après une ponction d'hydrocèle.

Billroth et Richardson ont considéré à leur tour la maladie comme un empoisonnement. Mais personne, que je sache, n'a comparé le tétanos à la septicémie, ainsi que l'a fait M. Desprès dans la dernière séance.

Ce qui conduisit Billroth à l'idée d'un empoisonnement, dont rien

ne démontre d'ailleurs l'existence, c'est la rareté du tétanos comparée au nombre des blessés, comme aussi cette autre considération que des plaies se présentant dans les mêmes conditions locales et générales donnent ou ne donnent pas le tétanos, suivant les cas. A cela il est possible de répondre, en rappelant d'abord que, pour le tétanos comme pour l'épilepsie, comme pour la chorée, et en général pour toutes les maladies internes, quelles qu'elles soient, il faut, à côté de la cause occasionnelle, une prédisposition sans laquelle il devient impossible de se rendre compte des différences individuelles.

Que si, maintenant, le tétanos ne s'observe pas à propos de telle ou telle plaie, c'est que toutes n'occupent pas le même siége et n'offrent ni la même étendue ni la même profondeur. L'excitation qui en résulte ne peut dès lors retentir dans les mêmes centres médullaires, ni de la même manière.

Quoiqu'il en soit, la théorie de l'empoisonnement devra être mise entièrement de côté, si l'on songe à l'impossibilité d'invoquer une semblable cause pour le tétanos spontané, qui très-certainement est de même nature que le traumatique.

On a mis en avant, il est vrai, l'action de la strychnine et des autres agents tétaniques; mais ici encore la ressemblance n'est qu'imparfaite, atendu que ces poisons agissent sur tout l'axe cérébro-spinal à la fois, tandis que le tétanos, borné parfois au membre lésé, n'intéresse que des points limités de la moelle.

La science est, par contre, riche en faits de lésions nerveuses périphériques ayant entraîné le tétanos par *excitation reflexe.*

Dans un cas de Frerich, c'est un morceau de potasse à cautère appliqué par un élève ignorant sur le nerf coraco-brachial qui a été le point de départ du tétanos.

Chacun connaît le fait d'un malade de Dupuytren qui portait un nœud de fouet dans le nerf, et ce n'est pas le seul relatif à des corps étrangers implantés dans les nerfs.

Larrey, Dupuytren, Béclard, Liston, Sir W. Brizard, Hutchinson, Morgan, Schwann, Henlé, Billroth et d'autres ont cité des faits divers de blessures des nerfs compliquées de tétanos.

Frerich, Lepelletier de la Sarthe et d'autres ont également publié des cas d'inflammation des nerfs ayant occasionné le tétanos. J'en ai recueilli en tout 36 cas.

Le refroidissemement a été trop souvent signalé pour qu'on n'en tienne pas compte. Je crois qu'on peut expliquer son action en admettant une irritation exercée sur les nerfs par le refroidissement de la plaie.

Ainsi que le prouvent les statistiques de Frerich, de Lawrie et de Poland, ce n'est pas à la suite des grandes amputations qu'on a noté le tétanos, mais bien dans les cas de brûlures et autres lésions accidentelles de tout genre.

Si l'on objecte à la théorie de l'action reflexe que des plaies absolument indolentes ont été compliquées de tétanos, je répondrai que, d'après mes propres recherches, non-seulement *l'excitation douloureuse* d'un nerf n'est point exigible, mais qu'il y a même une *espèce d'antagonisme faisant que l'action convulsante est en raison inverse de la conductibilité douloureuse d'un nerf, et vice versa.*

Je citerai à l'appui de cette thèse l'exemple des vers intestinaux produisant des attaques convulsives, alors qu'ils ne déterminent aucune douleur dans le ventre. Quant à l'antagonisme des deux modes d'excitation de la moelle dont j'ai parlé précédemment, l'une douloureuse et l'autre pas, il suffit de rappeler ce qui se passe chez les animaux rendus épileptiques par la section de la moelle. Le plus sûr moyen pour provoquer chez eux une attaque consiste, non à déterminer de la douleur, mais bien à chatouiller simplement la zone épileptogène de l'animal.

La marche de la maladie varie suivant les cas :

Robertson relate une observation de tétanos consécutif à la blessure d'un doigt par un morceau de porcelaine, et qui se termina par la mort dans l'espace d'un quart d'heure.

Une autre personne, prise de tétanos, survenu pareillement à la suite d'une section du doigt, succomba en douze heures.

Dans le premier volume de *London medical Gazette* se trouvent trois observations de tétanos, dont deux guérisons obtenues, chez l'un d'eux, par la section du nerf faite onze heures après le début du tétanos, et chez l'autre, par l'amputation de la jambe pratiquée à la douzième heure du début de la maladie. Chez ce dernier malade, la guérison fut même immédiate.

Le baron Larrey avait insisté sur ce que l'*emprosthotonos* succédait aux plaies de la partie antérieure du tronc, et le *pleurosthotonos* à celles des parties latérales.

J'ai vu trois ou quatre cas de tétanos qui m'ont permis de constater que lorsqu'on exerce une irritation légère, les convulsions se localisent à la partie irritée, pour se généraliser ensuite, à mesure qu'on augmente la force de l'excitation.

Le *mode de développement* du tétanos mérite de nous arrêter également.

Le premier phénomène qu'on observe consiste en une congestion

de la moelle, qui diffère de celle produite par la strychnine en ce sens, qu'elle est localisée au lieu d'être générale.

Cette localisation de la lésion, rapprochée de la délimitation des convulsions, qui,chose curieuse, n'attaquent presque jamais les bras, même dans les cas de tétanos violent, vient une fois de plus à l'appui de la théorie que nous soutenons relativement à l'origine réflexe du tétanos.

Une forte objection serait celle tirée de l'intégrité du nerf correspondant; mais, outre qu'il n'est nullement besoin qu'une lésion visible existe dans un nerf pour que celui-ci influence la moelle d'une manière fâcheuse, il est à présumer que la lésion a pu échapper, dans quelques cas, même à l'observateur le plus attentif. Il y a, en effet, longtemps que Curling a démontré la dissémination des foyers morbides dans la longueur d'un nerf enflammé, de sorte qu'il se peut que la lésion échappe, suivant qu'on examine telle ou telle partie du nerf.

Du reste, je le répète, une lésion matérielle n'est pas de rigueur pour expliquer le fonctionnement anormal d'un nerf : preuve, l'intégrité de la moelle au début de l'empoisonnement par la strychnine; preuve encore, l'intégrité d'un nerf sensitif qui est affecté de névralgie.

Le *traitement* lui-même vient à l'appui de notre manière de voir, attendu que si le tétanos était réellement un empoisonnement, on aurait pu trouver quelque antidote, tandis que jusqu'ici les médications les plus diverses et les plus variées ont réussi ou échoué, suivant les cas.

Les guérisons obtenues par les applications de glace ou de vésicatoires, ou par la cautérisation de la plaie, par la section du nerf ou l'amputation du membre, témoignent suffisamment de la réalité d'une excitation périphérique pour entretenir le mal, sinon toujours, au moins dans beaucoup de cas. Je dis dans beaucoup de cas et non toujours, attendu qu'au bout d'un temps variable et souvent très-court, les lésions de la moelle sont assez profondes pour n'être plus entretenues par l'excitation périphérique. On conçoit qu'en pareils cas l'amputation du membre ou la section du nerf restent sans effet, alors que ces moyens auraient peut-être réussi dans les premiers temps.

M. DESPRÈS. Je n'admets pas que le tétanos soit un empoisonnement. Tout ce que j'ai voulu dire, c'est que l'issue funeste de certains tétanos particulièrement graves dépend de l'infection purulente qui vient les compliquer.

M. BROCA. J'ai eu l'occasion de pratiquer sept autopsies de tétanos traumatique, et ce dont je me suis surtout préoccupé a été la recherche du mode de répartition des lésions dans la moelle.

De ces investigations il est résulté pour moi qu'il y a deux ordres de lésions très-différentes. L'une, *générale*, consiste en une congestion de tout le tissu de la moelle ; l'autre, *locale*, infiniment plus grave et qui se caractérise par un ramollissement d'abord, puis par une véritable diffluence de la substance médullaire. Celle-ci revêt une coloration rose et offre l'aspect de fraises qu'on aurait broyées dans du lait.

Si le point de départ du tétanos est dans les membres inférieurs, le renflement lombaire de la moelle seul est le siége de l'altération, tandis qu'on rencontre la lésion dans le renflement cervical, s'il s'agit des parties supérieures du corps.

RAPPORT

M. CHASSAIGNAC, chargé d'examiner l'envoi de M. Pontoire, propose au nom de la commission dont il fait partie :

1° Le renvoi des observations de M. Pontoire à la commission de statistique;

2° L'inscription de M. Pontoire sur la liste des candidats à la place de correspondants nationaux.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. VERNEUIL présente un homme adulte qui offre un double anévrysme cirsoïde des deux artères occipitales, ne formant pas de tumeur apparente à l'extérieur, il est vrai, mais qui s'accompagne de battements, de souffle, et surtout de douleurs névralgiques très-vives et persistantes. Comme l'intervention chirurgicale ne paraît pas chose aisée dans de telles circonstances, M. Verneuil demande l'avis de ses collègues.

M. HOUEL, d'après un fait analogue, où il a obtenu la guérison à l'aide de sept injections successives de perchlorure de fer, pense que c'est là le parti auquel il faut s'arrêter, bien qu'il y ait à craindre parfois des accidents emboliques.

M. BROCA pense également que les injections coagulantes de perchlorure méritent ici la préférence. Toutefois, l'entreprise, sans lui

paraître nullement dangereuse au sujet d'une embolie, qu'il est toujours possible de prévenir en circonscrivant la tumeur à l'aide d'un cercle en plomb, lui semble ici entourée de difficultés, à cause de l'épaisseur très-grande du cuir chevelu et aussi du peu de saillie des vaisseaux malades. En supposant même qu'on parvienne à pratiquer une première injection, les modifications salutaires que celle-ci amènera dans la masse feront que les vaisseaux, aujourd'hui très-gros et tortueux, deviendront plus petits et rectilignes, ce qui rendra toute injection ultérieure bien plus difficultueuse encore que la première.

Pour toutes ces raisons, et à cause surtout du danger qu'il y aurait à déterminer une eschare si le perchlorure venait à pénétrer dans le tissu cellulaire, M. Broca propose d'attendre.

En terminant ces remarques, M. Broca insiste sur l'origine traumatique des anévrysmes cirsoïdes, et fait observer que chez ce malade un coup de la région occipitale a précédé le développement de l'anévrysme. Quant au mode de développement de la lésion, M. Broca l'a suffisamment exposé l'année dernière au sein de la Société pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir.

M. CHASSAIGNAC propose, comme moyen terme, d'essayer tout d'abord la compression digitale appliquée sur la carotide primitive, sauf à venir aux injections coagulantes si ce moyen restait insuffisant.

M. GIRALDÈS. L'injection de perchlorure dans ce cas est tout ce qu'il y a de plus actif et de plus inoffensif.

Comme une carotide de cheval, qui est bien autrement grosse, ne peut surmonter la résistance qu'un caillot sanguin de cinq gouttes de perchlorure de fer oppose au courant sanguin, il y a peu à craindre ici que des accidents emboliques se montrent après l'injection.

M. LARREY se rallie à l'idée d'une temporisation provisoire; seulement, entre autres mesures utiles, on pourrait avoir recours, en attendant, à la compression directe, aidée de topiques réfrigérants.

M. GUÉRIN appelle l'attention sur un certain degré d'aplatissement et sur des aspérités qui existent à la région occipitale. On pourrait se demander, d'après cela, s'il n'y a pas ici communication entre l'anévrysme et les vaisseaux intra-crâniens, auquel cas l'injection coagulante entraînerait des accidents.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 13 AVRIL

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Montpellier médical* ;

De la mortalité dans l'armée et des moyens d'économiser la vie humaine, par le docteur J. C. Chenu. Gros in-18. — Paris, Hachette, 1870 ;

Un nouveau fascicule du *Traité de physiologie* de M. Liégeois, contenant *les Mouvements*. — La Société remercie ;

Observation d'un polype pharyngien inséré sur la partie inférieure du pharynx ; écrasement linéaire ; guérison, par le docteur Larondelle (extrait de l'Académie de médecine de Belgique).

M. Billroth (de Vienne) adresse : 1° *Chirurgische Klinick*, Wien, 1868. — 2° *Emploi du ciseau dans l'ostéotomie*. — 3° *Sur les rapports de la diphthérite pharyngienne avec la septicémie et la pyoémie.*

Des eaux minérales de Contrexeville et de leur emploi, par le docteur Debout, médecin inspecteur des eaux de Contrexeville.

M. Tarnier dépose, de la part de M. Rotheroe Smith, médecin de l'hôpital des femmes en couches de Londres, un travail manuscrit relatif à une ceinture destinée aux femmes pendant le travail de l'accouchement. L'auteur appelle cette ceinture : *Nouvel aide mécanique pour la parturition*. — Renvoi aux archives.

COMMUNICATION

Plaie de tête avec fracture ; trépanation, par M. Sédillot. — M. LEGOUEST. En raison, sans doute, de la part que j'ai prise à la discussion jadis ouverte dans le sein de la Société de chirurgie

sur la trépanation du crâne, j'ai reçu de M. le professeur Sédillot une observation de cette opération qu'il me prie de vous communiquer.

Il s'agit d'une femme de 49 ans, qui reçut le 26 mars 1870, à la distance de six pas, de la main vigoureuse d'un individu avec lequel une dispute avait lieu, une bouteille vide sur la tête.

Perte de connaissance et chute à la renverse. Plaie de $0^m,05$ de longueur, d'avant en arrière, un peu au-dessus et en dehors de la bosse frontale gauche, faite par le contour arrondi de la base de la bouteille. Hémorrhagie évaluée par les assistants à un demi-litre. On ferme la plaie avec des épingles pour arrêter le sang. L'intelligence est revenue au bout de dix minutes; pas de paralysie. Pendant la nuit, vomissements, vertiges, douleurs de tête pulsatives.

La malade, qui est restée couchée depuis sa blessure, entre à l'hôpital le 28 à huit heures du soir, deux jours après l'accident. Le lendemain, 29 (troisième jour), M. Sédillot trouve cette femme très-calme; pouls à 84; température 37°,4; respiration régulière; intelligence et mouvements très-libres. Commencement d'érysipèle du cuir chevelu, légèrement blessé par une dent du peigne au moment de la chute; les paupières sont œdématiées, et celle de gauche ne peut être relevée volontairement. Un stylet introduit dans la plaie, qui est sèche et tuméfiée, fait constater une fracture assez étendue; il glisse partout sans être arrêté, rencontrant cependant des rugosités attribuées à la solution de continuité des os.

Dans les conditions actuelles de la pratique chirurgicale, en présence d'une plaie de tête, compliquée de fracture, sans aucun accident, le chirurgien n'a qu'à raser les bords de la plaie, ôter les points de suture, donner de l'eau émétisée, placer de la glace sur la tête, ou employer tout autre moyen analogue. Il considère comme inutile et contre-indiqué de fendre le cuir chevelu et de mettre les os à nu; il attend des accidents ultérieurs, s'il doit s'en manifester, pour discuter les indications du trépan.

Partisan du trépan préventif, M. Sédillot se décida immédiatement à opérer. La malade étant chloroformée, les os sont mis à nu par une incision cruciale; la fracture représente une dépression ovalaire de $0^m,04$ de longueur d'avant en arrière, de $0^m,015$ transversalement, de $0^m,002$ à $0^m,003$ de profondeur; l'os déprimé est brisé obliquement vers son tiers postérieur. Ne pouvant engager entre les os aucun instrument propre à les relever, le chirurgien pratique successivement deux couronnes de trépan, mordant sur la partie saine du frontal, et enlève quinze ou seize esquilles plus ou moins solidement engrenées, dont la plus petite a le volume d'un grain

de blé, la plus grosse, triangulaire, 0,035 sur 0,020, et qui proviennent des deux tables de l'os. La dure-mère est intacte et sans entamure, mais de coloration noirâtre dans toute la portion correspondant à la dépression de l'os. Un pansement simple est appliqué.

Le 29, dans la soirée, température 37°; pouls régulier, à 90; nul accident; tête plus libre. Émétique en lavage.

Le 30, sommeil tranquille pendant presque toute la nuit. Érysipèle borné; paupières plus mobiles; œdème du cuir chevelu rétrocédant. Température 38°; pouls à 88, puis à 104. Saignée du bras de 100 grammes.

Le 31, nuit agitée; douleurs dans toute la tête; parole embarrassée, difficulté de trouver les mots; paralysie très-marquée de la main droite, peu accusée au bras. Vers une heure après midi, réponses difficiles et peu intelligibles; la malade boit aisément et demande le bassin par signes. Langue et face déviées à gauche. Dure-mère toujours noirâtre; plaie sèche; tractus cellulaires mortifiés. Pouls à 120; respiration à 40; température 38°,4. Saignée de 200 grammes, renouvelée à six heures du soir; douze sangsues en permanence pendant la nuit derrière l'oreille gauche.

Le 1er avril (7e jour de la blessure). Paralysie du membre supérieur droit augmentée; intégrité des membres inférieurs. Pouls à 120; respiration 34; température 38,6. Dure-mère mortifiée superficiellement.

Diagnostiquant une inflammation purulente circonscrite de la pulpe cérébrale en rapport avec la blessure, M. Sédillot ponctionne la dure-mère en deux endroits; la deuxième ponction laisse échapper un peu de matière cérébrale mêlée à très-peu de pus. Pansement simple, lavement au sené, cathétérisme toutes les quatre heures.

Le soir du même jour, à huit heures, la malade semblait plus éveillée; respiration plus facile; questions mieux comprises. La malade tire la langue quand on l'en prie et boit aisément. Pouls 108; respiration 24; température 37,8.

Le 2 avril, même état; petite hernie cérébrale de la grosseur d'un pois. A huit heures du soir, prostration de plus en plus grande; la malade ne semble plus rien comprendre.

Réunion par une incision des deux ponctions faites à la duremère, qui se trouve ainsi plus largement débridée. Deux cuillerées de pus au moins s'écoulent au dehors. Immédiatement la malade semble moins accablée, boit et ouvre les yeux; mais cette amélioration n'est que momentanée.

Le 3 avril, prostration complète; la hernie cérébrale a triplé de volume; urine ammoniacale. Agonie qui dure jusqu'au 4 avril, à onze heures du matin.

Nécropsie. — Méningite suppurée de tout l'hémisphère cérébral gauche. Sérosité purulente dans la fosse moyenne de la base du crâne. Attrition du cerveau dans le point correspondant aux os fracturés, à une profondeur de 15 à 20 millimètres. Le reste de la masse encéphalique est normal.

Les conclusions que nous croyons pouvoir tirer de cette observation sont les suivantes :

1° La fracture abandonnée aux soins ordinaires, sans trépanation, était inévitablement mortelle.

2° Traitée jusqu'à l'apparition des accidents d'une manière quelconque et trépanée à ce moment, elle était aussi inévitablement mortelle.

3° La seule resssource, pour conjurer les accidents et sauver la vie, était la trépanation préventive.

4° Le mode de trépanation a été appliqué trop tard; il eût fallu y recourir avant le développement de l'érysipèle et de l'inflammation purulente du cuir chevelu et du péricrâne.

5° C'était donc immédiatement après l'accident ou dans les limites de temps les plus rapprochées que la trépanation préventive eût dû être appliquée, et cette opération, faite dans ces conditions, offrait la seule ressource possible contre une terminaison funeste.

DISCUSSION.

Tétanos (suite).—M. DESPRÈS. Je ne reviendrai pas sur la valeur thérapeutique du chloral. La question est aujourd'hui déplacée; il s'agit de savoir quelle est l'essence du tétanos.

Vous avez entendu, dans la dernière séance, ce que vous a dit un physiologiste d'une légitime autorité, M. Brown-Séquard, mais qui est un expérimentateur avant tout. Ses conclusions sont les mêmes que celles de M. Verneuil, à savoir que « le tétanos est une augmentation du pouvoir excito-moteur de la moelle, causée par l'irritation d'un nerf. »

Ceci, messieurs, ne dit rien, absolument rien, et c'est en quelque sorte définir le tétanos par le tétanos.

Ne savons-nous pas, d'ailleurs, que les convulsions, le vomisse-

ment, la défécation, et jusqu'au tremblement du frisson, sont des actions réflexes?

Le pouvoir excito-moteur de la moelle peut, à son tour, être augmenté à l'état physiologique, par suite de l'action de l'électricité ou de l'influence de certaines passsions vives, sans qu'il en résulte pour cela le tétanos.

Ce que la théorie physiologique emprunte à la médecine au sujet de la lésion des nerfs et du refroidissement est exact; malheureusement cela n'explique pas davantage le tétanos, attendu que le pincement d'un nerf ne détermine rien de pareil.

M. Broca a insisté, comme Rokitansky et d'autres, sur les lésions médullaires que tous les auteurs du dernier siècle admettaient à titre d'exception. Mais il est démontré que ces lésions, à part un certain degré de congestion, font complétement défaut lorsque la mort arrive dans les trois premiers jours de la maladie, et sont dès lors consécutives.

On a parlé ici de l'augmentation de la température comme d'un caractère essentiellement propre au tétanos, alors qu'il doit être rapporté entièrement à la contraction exagérée des muscles tétanisés.

Des recherches physiologiques ont, en effet, démontré que la contraction d'un muscle s'accompagne d'une augmentation de température, et c'est à la même cause, ainsi qu'à l'asphyxie, qu'il faut attribuer la coloration noire du sang et l'altération des globules.

En un mot, il n'y a rien de positif dans tout ce qui nous a été dit par MM. B. Séquard, Verneuil et Giraldès.

Devant les faits incontestables de tétanos produits par la lésion d'un nerf, je suis porté à proposer une autre théorie de cette terrible maladie.

Je pense que le tétanos est dû à l'irritation d'un cordon nerveux, sollicitant l'action motrice de la moelle d'une façon incessante, comme on le ferait artificiellement en pinçant, à de courts intervalles de temps, un nerf, ou en l'électrisant d'une manière continue.

Sans rien préjuger de l'avenir, on peut supposer qu'un jour viendra où l'on découvrira de véritables courants névro-électriques, dont la perturbation constituerait le tétanos.

Ce qui me paraît aujourd'hui devoir être soutenu, c'est que la lésion nerveuse, l'irritation d'une portion ou de la totalité du nerf *serait tout* dans le tétanos, au moins dans les premiers temps.

Dans le tétanos spontané, ce sont les papilles nerveuses, impressionnées par le froid, qui influencent défavorablement la moelle.

M. Giraldès, en se fondant sur ce que les muscles masticateurs sont les premiers affectés, prétend que la moelle allongée est le siége du tétanos. On peut répondre à cela que toutes les affections convulsives commencent par les muscles masticateurs : exemple, le claquement des dents dans le frisson, comme aussi les convulsions toniques des mêmes muscles au début de l'attaque épileptique.

Si la moelle allongée était effectivement la première atteinte dans le tétanos, on verrait, en même temps que le trismus, des contractions dans les muscles animés par le spinal, ce qui n'est pas.

J'ajouterai un dernier mot au sujet de l'abaissement de la température provoqué par le chloral, qui semble justifier l'emploi de cette substance dans le tétanos, d'après notre collègue M. Giraldès.

A mon sens, le chloral n'a ici rien de spécial, car la physiologie nous enseigne que pendant le sommeil la température du corps baisse naturellement.

M. GIRALDÈS. Je ne puis laisser sans réponse l'assertion de M. Desprès, que dans le tétanos les lésions médullaires ont toujours fait défaut, lorsque la mort est survenue dans les trois premiers jours de la maladie. Ainsi que je l'ai dit dans la dernière séance, ces lésions étaient évidentes dans le cas de Dickson, bien que le malade n'eût vécu que 18 heures.

La Société se réunit en comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 20 AVRIL 1870

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine;

Le Bulletin général de thérapeutique.

— M. S. Duplay fait hommage à la Société du 3e fascicule du

3e volume de la pathologie externe de Follin, dont il est le continuateur. — Remercîments.

— M. Giraud-Teulon dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Sichel, la traduction française du livre de Von Græfe, *sur les paralysies des muscles moteurs de l'œil.* Vol. In-8°, 1870. Paris.— Remercîments.

— M. Tillaux présente pour le prix Duval un travail de M. Amédée Tardieu *sur les fractures du bassin.* Brochure. 1869.

— M. Labbé transmet, au nom de M. le docteur Chavernal, une brochure intitulée : *Réduction des hernies après anesthésie par l'éther rectifié.* 1869.

— M. le docteur C. Thorel, médecin de la marine impériale, envoie une brochure intitulée : *Notes médicales du voyage d'exploration de Mekong.* 1870.

— *Di una ovariotomia praticata nello spidale di Pisa,* par M. le professeur P. Landi. Brochure. 1869. Pise.

— *Settantatre nuovi sperimenti con alcuni coagulanti del sangue et piu particolarmente col perchloruro ferro-manganico.* Vol. in-8°. Sienne, 1867, par le docteur G. Marcaccl.

— Plus, deux brochures du même auteur, intitulées : *Diversi casi d'applicazione del perchloruro ferro-mang nico in chirurgia.* Sienne, 1870.— *Caso d'aneurisma della carotide esterna destra et nuova varieta d'aneurisma arterio venoso.* Sienne, 1869.

— M. le docteur Ad. Dubreuil adresse sa lettre de candidature à la place déclarée vacante de membre titulaire.

DISCUSSION

Tétanos (suite). — M. GIRALDÈS. M. Desprès se trompait en disant l'autre jour que dans le tétanos qui dure moins de *trois jours* on ne rencontre pas de lésions dans les centres médulaires. A ce propos, je lui avais opposé le fait de Dickson, auquel l'on peut ajouter celui de Lockart-Clark, dont le malade n'a vécu que deux jours et demi; celui de Demme, trois jours; celui de Billroth, quatre jours, et d'autres encore.

Pour ce qui est de l'élévation de la température dans le tétanos, qu'il a voulu mettre en doute, il suffit de lui rappeler que Wunderlich l'a trouvée de 40 et 42 degrés.

M. DESPRÈS ne nie pas l'élévation de la température; seulement, il nie qu'elle soit due à autre chose qu'à la contractlon des muscles

tétanisés. Quant aux observations anglaises, il les trouve généralement par trop écourtées, au point de vue du débat, pour qu'elles puissent être concluantes.

M. LIÉGEOIS. J'ai été étonné, je l'avoue, de voir M. Desprès mettre en doute l'existence des lésions de la moelle, surtout après l'intéressante communication de M. Broca à ce sujet.

Une démonstration que les nerfs réagissent sur la moelle, pour y déterminer des lésions, se trouve dans ce fait, découvert par M. Vulpian, que chez les amputés la portion de la moelle qui reçoit les nerfs des membres mutilés s'atrophie à la longue.

M. CHASSAIGNAC. Il y a vingt-cinq ans, dans une thèse que j'ai soutenue sur les fractures du col du fémur, j'ai relaté un cas de tétanos recueilli à l'hôpital de Nantes. Bien que la mort était survenue douze heures après le début du mal, on n'a pas moins trouvé la moelle ramollie et les ganglions intervertébraux gonflés.

M. VERNEUIL. Dans l'allocution de M. Desprès, j'ai pu constater le désir qu'avait notre collègue de mettre en opposition les physiologistes et les cliniciens. C'est là une tactique qu'il faudra mettre absolument de côté.

En effet, messieurs, la clinique n'a pas donné jusqu'ici la solution désirée au sujet de la nature du tétanos et de son traitement. Si donc la physiologie est en voie de nous l'apprendre, il faut la suivre nécessairement.

Notre théorie, la même que celle de M. B. Sequard, veut que l'irritation partie de la périphérie retentisse sur la moelle de façon à l'altérer; d'où exagération du pouvoir excito-moteur de celle-ci. L'homme se trouve alors dans les conditions d'un animal qui aurait la moelle influencée par la strychnine.

Au lieu de cela, M. Desprès, contrairement à toutes les données physiologiques et anatomopathologiques connues, propose une théorie à lui, qui, je l'avoue, m'a paru incompréhensible.

M. DESPRÈS. Tout ce que j'ai dit dans la dernière séance prouve que je ne suis pas l'ennemi de la physiologie. Seulement, j'ai fait de la physiologie générale là où M. B. Sequard et M. Verneuil ont fait de la physiologie spéciale du système nerveux.

Ce contre quoi j'ai protesté, c'est d'admettre comme explication réelle du tétanos l'exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle. Suivant moi, il doit y avoir dans le système nerveux une disposition spéciale, inconnue jusqu'ici, que j'ai comparée à des courants électriques, et dont le trouble consécutif à la maladie d'un nerf constitue le tétanos.

Toutes les lésions qu'on rencontre dans la moelle ne sont, suivant moi, que des épiphénomènes, et M. Liégeois me fournit un nouvel argument en faveur de ma manière de voir, lorsqu'il nous parle de l'atrophie de la moelle rencontrée par M. Vulpian chez les individus amputés depuis longues années. Quant aux observations anglaises, je maintiens ce que j'ai dit, et j'ajoute que dans les quelques cas où il m'a été donné de faire l'autopsie, la moelle m'a paru congestionnée mais non ramollie, bien que le tétanos avait duré plusieurs jours.

M. LIÉGEOIS. Personne de nous ne fait de la physiologie amusante, et nous nous occupons tous de physiologie chirurgicale sérieuse. Lors donc que M. Desprès nous parle de courants nerveux électriques, c'est qu'il ignore sans doute que ces courants n'existent nulle part à l'état normal; mais qu'en revanche on peut les développer partout, aussi bien dans les nerfs qu'ailleurs, en se plaçant dans des conditions expérimentales données.

Sans doute, les faits de M. Vulpian se rapportent à des altérations chroniques consécutives, d'où l'atrophie de la moelle; mais dans le tétanos il s'agit d'altérations d'un tout autre genre, avec ramollissement du tissu. De là aussi la diversité des symptômes et la marche rapide des accidents.

M. GIRALDÈS. Lorsque M. Desprès nous dit n'avoir pas constaté des lésions médullaires chez des individus morts après plusieurs jours de maladie, il oublie sans doute que des recherches de ce genre ne se font pas à l'œil nu, mais bien à l'aide d'analyses histologiques minutieuses, qui seules permettent de découvrir la prolifération avec diffluence granuleuse de la moelle.

Quant à cette polarité qu'il suppose à la moelle, il ne se fait pas une idée exacte du mode, aujourd'hui parfaitement démontré, suivant lequel se fait la réflexion du nerf sensitif à la cellule nerveuse, qui en est le centre, et de celle-ci au nerf moteur.

M. DESPRÈS. Je n'aurais pas manqué d'observer la diffluence de la moelle, même sans microscope, si elle avait existé, et quant à l'altération granuleuse et à la dilatation des capillaires, je ne les nie pas; seulement, à mon sens, elles sont consécutives et dépendent de l'état tétanique.

Je citerai, à l'appui de cette manière de voir, le ramollissement et la sclérose des centres nerveux, qui ne déterminent jamais des phénomènes tétaniques, bien que les ésions soient ici plus profondes que dans le tétanos.

COMMUNICATIONS

Résultats d'amputation. — M. LE Dr VAST, médecin adjoint de l'hôpital de Vitry, lit, à son nom et à celui de M. Valentin, médecin en chef du même hôpital, un travail statistique concernant les amputations diverses qu'ils ont pratiquées, avec les résultats que voici :

Sur 4 amputations de cuisses, 4 guérisons;
Sur 4 amputations de jambes, 4 guérisons;
Sur 2 amputations de Lisfranc, 1 guérison, 1 mort;
Sur 5 amputations du bras, 4 guérisons, 1 mort;
Sur 3 amputations de l'avant-bras, 3 guérisons;
Sur 1 amputation du 4e métacarpien, 1 guérison;
Sur 1 désarticulation de l'épaule, 1 guérison.

Total : 20 cas, 18 guérisons et 2 morts. (Renvoyé à la commission de statistique.)

Trépan. — M. TILLAUX. Contrairement au précepte posé dans la dernière séance par M. Legouest, parlant en son nom et en celui de M. le professeur Sédillot, dont il a communiqué une observation, M. Tillaux pense qu'il y a des cas où, malgré des accidents de paralysie développés plus ou moins longtemps après un traumatisme de la tête, le trépan devient inutile et même nuisible. M. Tillaux montre, à l'appui de sa thèse, le crâne d'un individu qui, ayant reçu un moellon sur la tête, eut des accidents paralytiques croisés sans perte de connaissance, et ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, on trouve une fêlure de toute la moitié de la voûte, avec léger enfoncement du fragment, déchirure de la dure-mère, broiement de la pulpe cérébrale sur le point correspondant à la fracture, et de plus un épanchement sanguin provenant de l'artère méningée moyenne et siégeant dans la fosse temporale, loin du point fracturé. Évidemment le trépan n'aurait pu rien faire ici pour empêcher l'issue funeste, et M. Tillaux s'applaudit de n'avoir pas pris le parti d'y appliquer une ou plusieurs couronnes de trépan. En résumé, le trépan, ajoute M. Tillaux, aurait été ici inutile, nuisible et inapplicable.

M. LEGOUEST. — Bien que j'accepte que dans le cas particulier de M. Tillaux les lésions étaient trop graves pour qu'on pût espérer du trépan un résultat favorable, il n'en est pas moins vrai que si la trépanation avait été faite, elle n'aurait pas aggravé l'état du malade, et qu'en tout cas, l'opération était praticable. Ainsi tombe, je

crois, la triple condamnation prononcée contre le trépan par M. Tillaux, il y a un instant.

Je ne conçois pas, pour ma part, qu'on procède dans les plaies de tête autrement que dans les autres traumatismes compliqués de fractures, d'esquilles et d'attrition plus ou moins grande des parties molles, sous prétexte que la substance cérébrale pourrait être lésée : Dans l'un et l'autre cas, le débridement, l'extraction d'esquilles ou le redressement des fragments, l'issue libre du sang, de la sérosité, de débris organiques et plus tard de pus, ne pouvant que favoriser la guérison. C'est pourquoi j'approuve l'emploi du trépan primitif, qui, lorsque les lésions ne sont pas trop graves, empêche l'extension de l'inflammation et la mort par méningo-encéphalite diffuse.

M. LARREY. Tout en faisant des réserves au sujet du trépan primitif, je crois, comme M. Legouest, que lorsqu'il y a une indication précise, soit pour soulever un fragment enfoncé profondément dans le crâne, soit pour donner issue à des liquides épanchés, il faut intervenir et ne pas prêcher l'abstention, tout en évitant de trépaner primitivement.

Il est bien clair, du reste, que, dans le fait communiqué par M. Tillaux, l'intervention chirurgicale n'aurait pu empêcher la terminaison fatale, vu la gravité des lésions.

M. CHASSAIGNAC admet le trépan lorsqu'il y a des accidents de compression avec enfoncement d'un fragment ou une collection de sang ou de pus formant foyer. Il repousse au contraire cette opération comme dangereuse toutes les fois qu'il s'agit d'une contusion du cerveau, l'expérience lui ayant démontré que la guérison est la règle *tant qu'il n'y a pas communication entre l'intérieur du crâne et le foyer suppurant de la plaie extérieure.*

M. TILLAUX. Mon but, en faisant cette présentation, a été simplement d'apporter un nouveau fait destiné à prouver qu'il y a des cas où, malgré l'existence *d'accidents paralytiques dès le début,* le trépan n'est point indiqué, et de faire voir par là, combien il est parfois difficile de répondre à la question que se pose le clinicien s'il doit intervenir activement ou non.

M. BROCA. J'accorde à M. Legouest que si l'on a affaire à un fragment enfoncé profondément, il deviendrait utile de le relever ; mais ce qui me paraît bien certain, c'est qu'à moins de conditions spéciales, rien ne nous met sur la voie d'un diagnostic exact, sans lequel toute intervention opératoire risque d'être nuisible, ou, pour le moins, inutile.

J'admets volontiers, avec M. Chassaignac, que la méningo-encéphalite suppurée soit beaucoup plus à craindre lorsque l'intérieur de la boîte crânienne communique avec l'extérieur; mais ce que je ne saurais admettre, c'est que la mort par contusion cérébrale ne puisse s'observer aussi, alors que la cavité crânienne reste parfaitement close.

La contusion cérébrable peut, en effet, tuer par elle-même, en dehors de tout travail suppuratif, et l'on conçoit dès lors que l'intégrité des parois crâniennes ne puisse mettre sûrement à l'abri de la mort.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

SÉANCE DU 27 AVRIL 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Sud médical.*

— Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 3e série, t. III, numéro 12, et t. IV, numéros 1 et 2.

— De la part du professeur Francesco Cortese : 1° *Sui progress della chirurgia conservativa nelle ferite articolari per arma da fuoco*, in-4°, Venise, 1869. 2° *Di una ferita di palla al cervello con permanenza del proiettile per 19 anni et mezzo*, in-8° avec une planche lithographiée.

— M. Forget communique, de la part du docteur Brachet, une observation intitulée : *Myôme des voies génitales chez une femme à terme. — Expulsion de la tumeur au moment de l'accouchement. — Opération. — Guérison.*

Deux jours avant l'accouchement, la tumeur, ignorée de la malade jusque-là, et du volume d'une tête de fœtus de 6 mois, sortit hors des voies génitales dans un effort de miction. Réduite par le chirurgien, elle ressort dès les premières douleurs du travail, qui s'effectue normalement. Un nouvel examen permet de constater que la tumeur provient de la paroi antérieure du vagin, dont la muqueuse recouvre celle-ci. Une simple incision permet l'énucléation de la tumeur sans hémorrhagie.

Tamponnement et réduction de la paroi vaginale. — Guérison rapide.

La masse enlevée, de forme ovoïde, pèse *cent quatre-vingt-cinq* grammes. Elle offre à la coupe des sinus veineux vides, et à la surface comme le point d'implantation d'un pédicule atrophié. L'examen histologique fait par MM. Masse et Jacquemet, professeurs agrégés à Montpellier, a démontré qu'il s'agissait d'un myôme sans trace de fibrôme.

— A l'occasion d'une demande faite par l'auteur d'un des mémoires non couronnés dans le dernier concours Laborie (année 1869), M. le président consulte la Société pour savoir si, en règle, elle entend autoriser la prise de copie et la publication des travaux en question par leurs auteurs. La Société approuve, mais en se réservant le droit de publier seule les mémoires couronnés.

LECTURE

M. Dubreuil lit, à l'appui de sa candidature, un travail relatif à une observation de tétanos, guéri par le chloral et les courants continus. — Renvoyé à la commission déjà nommée pour examiner les titres de M. Dubreuil.

COMMUNICATION

Soudure par cartilage vrai (hyalin) des deux cartilages diarthrodiaux opposés du tibia et de l'astragale chez une jeune fille de onze ans affectée de tumeur blanche du pied.— M. PANAS. Une jeune fille de onze ans étant entrée dans mes salles, à l'hôpital Saint-Louis, pour une tumeur blanche avec carie des os du pied, arrivée à la période de fistulisation avec marasme général, je dus pratiquer l'amputation sus-malléolaire. La cicatrisation

presque immédiate du moignon fut obtenue en cinq jours, et aujourd'hui la santé de l'enfant ne laisse plus rien à désirer.

La dissection du pied nous permit de constater, outre la destruction complète des articulations sous-astragalienne et médio-tarsienne remplies de pus et de fongosités, une carie avec nécrose centrale du calcanéum, et, chose plus curieuse, une *soudure cartilagineuse* de l'astragale avec le tibia et le malléole péronéale. C'est de ce dernier fait anatomo-pathologique, unique dans son genre, que je désire entretenir la Société.

Examiné à l'œil nu, le cartilage intermédiaire aux deux os, désormais continu, semble formé de trois couches. Les couches supérieure et inférieure offrent l'aspect du cartilage diarthrodial le plus pur, et il en est de même de la couche moyenne, avec cette seule différence que celle-ci est tant soit peu plus demi-transparente que les deux autres. En résumé, les trois zones, partout identiques, ne diffèrent entre elles que par une teinte plus claire de celle du milieu.

L'examen microscopique fait par deux internes de l'hôpital, très-versés en pareille matière, MM. Troisier et Renault, fut confirmé par M. le professeur Vulpian, et sur la préparation microscopique que voici, j'ai pu constater et vous pouvez constater vous-mêmes, la parfaite exactitude de la description histologique suivante :

Les surfaces osseuses contiguës sont saines, à l'exception de la malléole interne, qui est détruite en partie et remplacée par du tissu fibreux.

Partout ailleurs, le tissu osseux se présente avec sa consistance sa coloration et ses attributs histologiques de l'état normal.

La *substance fondamentale* du cartilage est transparente, hyaline et offre sur *tous les points* des propriétés caractérisant le vrai cartilage.

La seule démarcation qui semble exister entre les cartilages anciens et le nouveau qui les relie, consiste dans une fine *striation*, ou si l'on aime mieux, *fissuration* en travers de la substance fondamentale de celui-ci.

La limite striée en question se compose de quatre à six couches de 15 à 18 millièmes de millimètre chacune, de sorte que son épaisseur totale est de 6 à 9 centièmes de millimètre.

Les *cellules de cartilage* existent dans toute l'étendue de la préparation, et sont même très-nombreuses.

Au voisinage de la striation (du côté du centre du cartilage), les cellules s'allongent suivant l'axe du membre, se multiplient et se juxtaposent, au point de ne laisser voir que très-peu de substance fondamentale intermédiaire.

Partout ces cellules offrent les caractères *histologiques* des cellules cartilagineuses normales, et l'acide picrique en colore fortement le noyau.

Nulle part elles n'affectent cette disposition allongée en travers qu'elles présentent dans la couche corticale des cartilages diarthrodiaux à l'état normal, de sorte qu'on est obligé d'admettre que cette couche a dû disparaître pendant que s'opérait la soudure des deux cartilages opposés.

Si nous ne nous trompons, la signification histologique et anatomo-pathologique de cette pièce est des plus importantes et des moins connues.

Dans l'étude des ankyloses résultant de tumeurs blanches, on avait admis jusqu'ici que le cartilage préexistant *devait se résorber ou s'exfolier*, et que ce n'était qu'après cela que les fongosités astéophytiques, subissant l'organisation soit celluleuse, soit osseuse, constituaient l'ankylose dite *fibreuse* dans le premier cas et *osseuse* dans le second.

Cette pièce démontre qu'il peut y avoir un autre genre de soudure, celui de deux cartilages entre eux, et cela, par du *cartilage véritable*.

Il y a peu de temps encore qu'on admettait que les fractures ou les sections intéressant le cartilage diarthrodial ne se réunissaient jamais par cartilage, mais bien par du tissu fibreux, et l'on se fondait pour cela sur le résultat d'expériences faites sur des chiens.

Depuis, il a été prouvé que la réunion cartilagineuse peut s'effectuer réellement entre deux portions d'un même cartilage divisé; mais ce qui restait inconnu jusqu'ici, aussi bien en France qu'à l'étranger, c'est que deux cartilages diarthrodiaux opposés comme ceux du tibia et du péronée, d'une part, et de l'astragale de l'autre, puissent se confondre dans une masse cartilagineuse commune.

C'est là le principal mérite de notre communication à la Société, qui, en appelant l'attention sur ce sujet, suscitera, nous voulons l'espérer, de nouvelles recherches anatomo-pathologiques et expérimentales.

M. MARJOLIN se demande si l'on ne pourrait admettre qu'il s'agit là d'une ankylose fibreuse à la période cartilagineuse, et qui, plus tard, deviendrait osseuse. Il se fonde sur ce que, ayant eu l'occasion de soigner antérieurement la petite fille, il avait constaté chez elle une grande mobilité de l'articulation du cou-de-pied. Du reste, c'était une astéopériostite aiguë suppurée du pied.

MM. SÉE et DESPRÈS veulent croire qu'il s'agit là d'une soudure

fibro-cartilagineuse, preuve, disent-ils, d'une certaine mobilité qu'on peut encore imprimer à l'astragale.

M. PANAS. La supposition de M. Marjolin tombe devant ce fait que le cartilage ancien existe de chaque côté avec le tissu spongoïde intermédiaire et les autres caractères propres au tissu osseux et cartilagineux à l'état normal.

Quant à l'objection de MM. Sée et Desprès, elle est absolument insoutenable après l'inspection de la pièce microscopique et les recherches histologiques minutieuses d'un homme aussi compétent que M. Vulpian.

Chloral en lavement. — M. MARJOLIN, en vue de calmer les douleurs vives et les vomissements qui accompagnent les brûlures, a pris l'habitude d'administrer, chez les enfants, des lavements contenant *cinquante* centigrammes de chloral, et il dit s'en être très-bien trouvé.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 4 MAI 1870

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : — Les *Archives générales de médecine*. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Marseille médical*. — Le *Bulletin médical du nord de la France*.

M. Larrey offre au nom de M. Cabasse, médecin militaire : *Du traitement de l'entorse grave par le massage ;*

Sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du chloral, par le

docteur Willième (extrait du bulletin de l'Académie de médecine de Belgique.)

Docteur Facien : *Mémoire explicatif et critique sur l'affaire Facien-Calmettes.*

Mémoire sur le traitement médical des affections cancéreuses, par le docteur L. Massey.

L'Indipendente de Turin, 1re année, n° 2.

Traité de médecine opératoire, de bandages et appareils, 3e édition, par MM. Sédillot et Legouest. 2 volumes in-8° avec figures.

La Société remercie ses collègues.

M. DESPRÈS demande la parole, à l'occasion du procès-verbal, pour soumettre une pièce microscopique prise sur la pièce présentée dans la dernière séance par M. Panas et destinée à démontrer que la couche fissurée du cartilage de conjugaison contient réellement du tissu cellulo-fibreux.

Ainsi, ajoute M. Desprès, il n'y a, dans la pièce qui nous a été présentée, rien qu'on n'observe d'ordinaire dans les ankyloses fibreuses en voie d'ossification, dans les tendons qui s'ossifient et dans certains cas d'arthrite sèche.

M. PANAS appuie sa proposition en faisant observer :

Que les cartilages préexistants de l'astragale et du tibia existent sur la pièce, sans altération aucune;

Que le cartilage nouveau de conjugaison se présente avec tous les caractères types du cartilage hyalin. Les cellules de cartilage, rendues surtout évidentes depuis qu'on a fait agir sur la préparation l'acide picrique, ne peuvent laisser le moindre doute sur la nature du tissu.

Tout le débat porte donc sur la *couche légèrement striée* dans laquelle M. Desprès veut voir du tissu fibro-cartilagineux, alors que MM. Renault, Troisier et Vulpian, après examen minutieux et l'action des réactifs, déclarent celle-ci entièrement et exclusivement formée du tissu cartilagineux le plus pur.

En résumé, on est ici en présence d'un fait d'anatomie pathologique entièrement nouveau, consistant dans *la soudure par du cartilage vrai de deux cartilages diarthrodiaux préexistants.*

COMMUNICATIONS.

Tétanos traumatique à marche lente. — Traitement par le chloral. — Mort. — M. F. GUYON. B... Jeanne, âgée de 29 ans,

ouvrière en tabac, a eu le pouce de la main gauche saisi dans une mécanique. Une plaie contuse de l'extrémité antérieure du pouce en est résultée, intéressant surtout la face palmaire jusqu'à l'os

Dix jours après l'accident, lundi 4 avril, elle commença à ressentir un peu de gène pour ouvrir ses mâchoires, et en même temps une douleur assez intense dans ces mêmes parties. Pendant toute la période qui avait précédé, il n'y avait eu aucun spasme, aucune contracture dans le membre correspondant à la plaie. La roideur des mâchoires a donc été le premier signe initial. D'abord légère, elle est allée augmentant le 1er, le 2e et le 3e jour. Ce n'est qu'à la fin du 3e jour, ou au commencement du 4e, qu'apparurent des contractures des muscles de la nuque et du dos. Ces contractures étaient persistantes et s'accompagnaient de temps à autre d'accès qui lui occasionnaient les plus vives douleurs.

Elle entra dès lors à l'hôpital Necker, salle Sainte-Pauline, n° 13. M. Hubert-Valleroux la vit à ce moment, et constata des accès de contracture revenant à de très-courts intervalles, deux à trois par cinq minutes. La malade se trouvait dans un opisthotonos complet, la tête fortement renversée en arrière et le dos légèrement excavé. Une injection de *quinze* gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine au 1/100 fut faite à l'instant. Il parut se faire une amélioration dans l'intensité et le nombre des accès, qui ne reparaissaient plus que toutes les cinq minutes environ.

La nuit se passa sans sommeil, comme toutes les précédentes, depuis l'apparition du trismus.

A la visite du matin, au cinquième jour de la maladie, les symptômes étaient les suivants :

La face était rouge, violacée, les mâchoires fortement rapprochées l'une de l'autre : impossibilité absolue de les séparer. En appliquant ses doigts sur les masseters, on les sentait très-fortement contracturés. Elle pouvait entr'ouvrir un peu ses lèvres et articuler quelques mots, de façon à pouvoir donner les renseignements qu'on lui demandait.

La tête était renversée très-en arrière, et tous les muscles du cou en forte contraction; de sorte qu'il semblait que la tête fût rentrée entre les épaules. Les muscles sterno-mastoïdiens formaient en effet deux cordes dures, sensibles à la vue et au toucher. Tout le plan cervical postérieur offrait aussi une grande dureté et une grande résistance. La tête restait immobile, quelque effort que l'on fît pour la porter en avant.

Le dos se trouvait soulevé un peu du lit, et les muscles des gout-

tières vertébrales, dorsales et lombaires, paraissaient très-contracturés.

L'abdomen formait un plan résistant qu'il était impossible de déprimer. Le thorax se dilatait facilement, et la respiration était surtout abdominale. C'est à peine si la partie supérieure de la cage thoracique se soulevait.

Pendant cet examen, elle eut des accès à plusieurs reprises.

Les membres supérieurs et inférieurs étaient complétement indemnes.

M. Guyon institua immédiatement la médication suivante :

1° Faire de chaque côté des joues une injection de *douze* gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine au 1/100;

2° Lui faire prendre une potion renfermant *quatre* grammes de chloral;

3° L'envelopper dans une couverture de laine;

4° Mettre sur sa plaie du pouce un cataplasme fortement laudanisé. Voici l'état de la plaie : L'ongle était séparé en partie des chairs, de sorte qu'on l'enleva complétement. Au-dessous se trouvaient des bourgeons charnus qui avaient un assez bon aspect et qui donnaient une suppuration peu abondante. La plaie intéressait tout le pourtour du pouce, dans les 2/3 de la phalangette.

Après avoir fait cette double injection de chlorhydrate de morphine, on lui fait avaler la moitié de la potion au chloral, soit *deux* grammes. A dix heures, pour la lui faire prendre, on fut obligé de la donner goutte par goutte à l'aide d'un biberon, ce qui dura une dizaine de minutes. Déjà l'on constata une diminution notable de la contracture. Elle entr'ouvrit un peu la bouche. Une demi-heure plus tard elle se trouvait dans un état de somnolence, et le relâchement des muscles était indiscutable. Les muscles sterno-mastoïdiens n'étaient plus contracturés; le trismus était bien moindre, car elle pouvait écarter suffisamment les mâchoires pour qu'on pût y enfoncer la pulpe de son index. Toutefois l'opisthotonos persistait encore. Trois heures plus tard, à une heure, cette amélioration existait, mais pas aussi nette; de sorte que les *deux* autres grammes de chloral lui furent administrés.

Quelques minutes après elle s'endormit pleinement, sans éprouver le moindre accès, et vers cinq heures elle se trouvait dans un relâchement musculaire presque absolu. Elle était encore sous l'influence du chloral, et c'est à peine si, en l'appelant énergiquement, on lui faisait ouvrir ses yeux, qui se refermaient aussitôt.

A six heures, elle eut un ou deux accès, mais dans l'intervalle les

muscles restaient dans le relâchement. La tête pouvait être soulevée et portée en avant, l'abdomen était redevenu souple. Elle se plaignait d'une lassitude extrême, d'une sorte de brisure générale, et aussi d'un grand mal de tête.

On lui donna *deux* grammes de chloral.

Elle rentra dès lors dans son état de somnolence.

Vers onze heures, comme elle se trouvait assez bien réveillée, et qu'on provoquait de très-légers accès en la touchant brusquement au niveau du cou, on lui donna *deux* autres grammes de chloral, ce qui fit *huit* grammes dans l'espace de treize heures.

Toute la nuit fut calme, sans soubresauts, et elle dormit pleinement.

Le lendemain matin, 9 avril, à la visite, elle se trouve dans ce même état de bien-être, sans contracture. Elle peut écarter facilement ses mâchoires de 1 centimètre 1/2 environ. Sa tête peut être portée en avant, et son menton se rapprocher très-près du sternum.

On lui donne *deux* grammes de chloral.

A une heure, on lui donne les *deux* grammes restants de la potion.

Vers trois heures, elle se trouve prise subitement d'étouffement ; l'air lui manque, dit-elle; en même temps sa face devient bleuâtre, ses lèvres sont noirâtres, elle se remue fortement dans son lit, et se trouve reprise d'un accès. M. Marie lui fait appliquer 30 ventouses sèches sur le devant de la poitrine, ce qui paraît la soulager momentanément.

Mais la face reste toujours congestionnée, et elle est dans une somnolence presque complète. De temps à autre elle se remue et pousse qnelques gémissements. Elle respire avec une certaine difficulté, et l'on entend des râles produits dans son arrière-gorge par des mucosités. Elle essaye à diverses reprises de les expectorer, mais elle n'y peut réussir.

Vers onze heures, elle se trouve dans un état d'asphyxie menaçant; la face est bouffie, presque noirâtre; sa respiration se produit avec facilité, mais de gros râles s'entendent à chaque acte respiratoire. La peau est chaude, le pouls très-accéléré, 150. Elle ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse.

Quarante ventouses sèches lui sont appliquées sur la poitrine, en avant et en arrière. Plusieurs sinapismes sont appliqués sur les jambes.

A minuit et demi, elle se trouve presque transformée.

Les râles ne s'entendent plus. Cet état d'asphyxie presque menaçant a disparu, témoin son visage qui offre encore un peu de congestion, mais à un degré bien moindre. Elle se trouve elle-même très-soulagée, dit-elle.

La nuit est bonne, et vers les six heures du matin on la trouve dans un sommeil calme.

Le 10 avril, à la visite du matin, la contracture du cou a reparu ; de sorte qu'on ne peut fléchir sa tête en avant.

Les autres muscles se tiennent dans le relâchement : on lui donne *un* gramme de chloral.

Un quart d'heure après elle était assoupie, et ses muscles sont détachés.

Vers trois heures, elle se sent beaucoup mieux, et a grande envie de dormir.

Le soir à six heures, elle se trouve un peu assoupie. On lui donne *deux* grammes de chloral.

A une heure du matin, elle offre un peu d'excitation ; elle se plaint de la tête, et présente un peu de roideur dans les muscles du cou. On lui donne *deux* grammes de chloral.

11 avril. Jusqu'à six heures du matin, elle s'est parfaitement trouvée ; depuis ce moment elle est excitée, et a de temps à autre quelques accès de contracture. Elle prend *deux* grammes de chloral.

Toute cette roideur cesse presque aussitôt, et elle s'endort.

Le soir, on lui donne *deux* grammes de chloral, et à minuit, *deux* autres grammes lui sont administrés.

Toute la nuit est calme.

12 avril. A la visite, son visage se trouve congestionné, bleuâtre. De temps en temps elle est prise d'accès de contracture. *Deux* grammes de chloral.

Comme elle n'était pas allée à la garde-robe depuis son entrée, on lui donne trois lavements purgatifs énergiques. A peine étaient-ils donnés qu'elle les rendait, sans qu'il y eût le moindre effet produit.

Le soir, on lui donne un lavement qu'elle garde, mais qui est sans effet.

Deux grammes de chloral lui sont donnés.

Sauf quelques accès de loin en loin, toute la nuit se passe bien.

13 avril. Les lavements n'ayant rien produit, on lui donne un purgatif drastique, qui est lui-même sans effet.

Deux grammes de chloral.

Elle s'endort et se trouve calme aussitôt après.

A une heure, elle est un peu dans la contracture. *Un* gramme de chloral.

Dans la soirée, elle a eu plusieurs accès de contracture.

A six heures, on lui donne *un* gramme de chloral.

A huit heures, elle est prise d'un violent accès. M. Desplats, qui la voit à ce moment, lui fait placer immédiatement des sinapismes sur les membres inférieurs.

Son visage se décongestionne, et quelques instants plus tard elle est encore prise de plusieurs autres accès.

A une heure du matin, on lui donne *un* gramme de chloral, avec recommandation de lui en donner *un* gramme si elle a des accès.

Elle meurt subitement à trois heures du matin.

La veilleuse raconte sa mort de la façon suivante : depuis quelques instants elle se plaignait de la tête, parlait et s'agitait. Elle ne se trouvait nullement congestionnée. Puis tout à coup elle ne dit plus rien : elle était morte.

Cette observation a été recueillie avec le plus grand soin par M. Muron, qui d'ailleurs n'a cessé de surveiller avec sollicitude le traitement et toutes les phases de la maladie.

A plusieurs reprises, nous avons pu espérer que le chloral nous permettrait d'arriver à la guérison. L'action du médicament était en effet très-remarquable et presque instantanée.

L'amélioration, ainsi qu'on le voit dans l'observation, se soutint assez longtemps à deux ou trois reprises. Mais il est juste d'observer que les crises violentes survinrent inopinément, alors même que le chloral était continué. Le médicament a-t-il été donné à assez hautes doses? La mort, survenue pendant un accès, aurait-elle pu être conjurée par des soins semblables à ceux qui avaient réussi trois jours auparavant? A-t-elle été aussi subite que l'indique le rapport de l'infirmière ?

Il est nécessaire de se poser toutes ces questions; il faut aussi se demander si, dans le traitement du tétanos par le chloral, cet agent, évidemment utile, ne doit pas avoir pour adjuvant les injections sous-cutanées de morphine, ou tout autre moyen ayant déjà fait ses preuves dans d'autres cas. En d'autres termes, le chloral est-il un nouveau moyen susceptible d'aider à la guérison du tétanos dans les cas favorables, ou cet agent est-il réellement de ceux qui peuvent servir de base à une médication?

Il est évident que ce n'est que par l'observation rigoureuse et répétée que des notions suffisantes seront fournie sà la pratique. Mais,

nous le déclarons, malgré l'insuccès dans un cas en apparence favorable, nous croyons être en droit d'affirmer que le chloral est certainement un agent des plus utiles dans le traitement du tétanos.

M. Verneuil donne lecture, au nom de M. Le Fort, de l'observation suivante :

Tétanos traumatique à marche rapide. — Traitement par le chloral. — Mort. — M. LE FORT.—J... (François), âgé de 34 ans, exerçant la profession de savetier, entre dans le service de M. le docteur Le Fort, salle Cochin, le 27 mars 1870.

Cet homme, dont la force et la constitution ne laissent rien à désirer, et qui ne présente, dans ses antécédents, ni épilepsie, ni autres maladies nerveuses, entre dans le service pour le traumatisme suivant :

La roue d'une voiture de place, passant obliquement sur la face dorsale du pied droit, sectionna les tissus suivant une ligne qui, partant de l'espace qui sépare le gros orteil du second, se dirigeait en haut, en arrière et légèrement en dedans. Puis, le trait de section, déviant en dedans, contourne la malléole interne, et vient s'arrêter tout près du bord interne du tendon d'Achille.

La plaie est fortement contuse. Les tissus sont décollés, et le lambeau externe retombe, laissant à découvert tout le bord interne du squelette du pied.

Hémorrhagie en nappe par toute la surface des parties lésées. L'artère pédieuse est écrasée, mais la plantaire externe donne d'une façon inquiétante.

Comme l'hémorrhagie continue, bien qu'on exerce une forte pression, l'interne de garde fait d'abord la ligature de la tibiale postérieure à l'angle supérieur de la plaie, puis il y ajoute celle de la *tibiale antérieure*, un peu au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne.

L'hémorrhagie s'arrête à la suite de ces deux ligatures. On applique le lambeau interne sur le pied et on le maintient par un nombre suffisant de bandelettes.

28 mars. Le gros orteil, qui était froid, a repris un peu de chaleur, et les effets de l'hémorrhagie, pouls dicrote, pâleur, commencent à disparaître.

30 mars. Le gros orteil a perdu sa température, il devient noirâtre. Dégagement de gaz assez fétides. Ecoulement de sang. L'épiderme est soulevé par du liquide et est enlevé presque d'une seule pièce. La gangrène des lambeaux est certaine, ainsi que celle du gros orteil.

1, 2 avril. L'état général parait très-bon. L'appétit très-développé. Les tissus gangréneux se détachent. La plaie se couvre de bourgeons charnus de bonne nature. La suppuration s'établit et la ligne de séparation entre la partie mortifiée et les bourgeons charnus permet de reconnaître que, sauf le gros orteil et le premier métatarsien, on pourra conserver momentanément le reste du pied.

4 avril. Après la visite du matin, vers onze heures, le malade est pris de douleurs vagues du côté de la mâchoire inférieure. Il se plaint d'une certaine gêne pour ouvrir la bouche; et le soir à la visite, les symptômes sont assez prononcés pour qu'il n'y ait plus de doute. Le trismus, très-marqué, donne à la face son cachet spécial, et, par moment, crises de contracture dans les membres.

On lui prescrit : hydrate de chloral, *cinq* grammes.

5 avril. Malgré la dose de chloral, le malade a eu au commencement de la nuit plusieurs crises. Puis il est tombé dans un assoupissement dans lequel on le trouve encore ce matin, et avec l'apparition duquel a coïncidé la cessation des crises de contractures.

Le trismus existe toujours. Quoique moins fort que la veille, il amène une gêne notable pour l'écartement des mâchoires, et se caractérise par une contracture toute particulière de l'orbiculaire des paupières, qui rétrécit notablement l'ouverture palpébrale.

On ne constate point de contracture manifeste des muscles des membres; peut-être un peu de roideur des masses lombaires. On ne prescrit que *deux* grammes de chloral.

Temp. a., 39°2; puls., 97; insp., 28.

Soir. Le trismus est plus prononcé et la contracture a envahi les muscles du cou et de la nuque, surtout ceux du côté gauche, de telle sorte que la tête est un peu inclinée de côté et la face tournée à droite.

On a observé dans la journée quelques crises de contractures, dont une entre autres a été accompagnée de phénomènes respiratoires qui ont fait craindre une asphyxie imminente.

Temp., 39°,2 ; puls., 102 ; resp., 28.

On lui prescrit de nouveau *quatre* grammes de chloral pour la nuit.

6 *avril*. Le malade a sommeillé toute la nuit, bien qu'il ait eu quelques crises très-faibles. — L'inclinaison latérale de la tête et la rotation de la face persistent. — Sueurs profuses chaudes.

Puls., 120 ; temp. rect., 39°, 5 ; insp., 34.

On lui donne *trois* grammes de chloral à prendre dans l'espace de 3 heures. A 1 heure le calme revint. Il est assoupi ; il n'a point présenté depuis le matin de secousses convulsives; et lorsqu'on le

réveille, le relâchement des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure est tel que l'on peut introduire très-aisément l'indicateur entre les arcades dentaires.

Vers 3 heures il cesse d'être assoupi, et la contracture des muscles faciaux se prononce de nouveau, surtout pour l'orbiculaire des paupières.

On réitère la dose de chloral.

A 6 heures : Puls., 126; insp., 38; temp. rect., 40°,2.

Le malade a sué abondamment toute l'après-midi. Il se trouve le soir, sous l'influence du chloral, aussi somnolent qu'après la première dose.

Les phénomènes respiratoires accessoires, comme la toux et l'expectoration, paraissent un peu gênés. Cependant la contracture a complétement abandonné les muscles, et il peut ouvrir spontanément la bouche et largement écarter les mâchoires.

A 9 heures du soir, le malade s'est un peu affaibli. La sudation excessive a amené une soif très-marquée. Le pouls a perdu de sa force ; il est devenu petit et très-fréquent. Les phénomènes de contracture ont disparu à peu près complétement.

On prescrit une dose de chloral pour la nuit ; mais le malade succombe à minuit par suite de l'augmentation progressive de la gêne des fonctions respiratoires.

Autopsie faite le vendredi 8, à 9 heures du matin.

Examen du membre lésé. — Les ligatures jetées sur la tibiale antérieure et la tibiale postérieure n'ont étreint que ces vaisseaux ; les cordons nerveux qui les avoisinent sont trouvés intacts et ne présentent rien d'anormal.

On ne les poursuit pas jusque dans les points où se formait le tissu des bourgeons charnus marquant les limites entre les parties saines et les parties gangrenées.

Cœur. — Cet organe présente sur sa face antérieure une plaque laiteuse, résidu d'une ancienne péricardite. Il est volumineux, mou et en diastole. Ses cavités contiennent des caillots mous et se déchirent facilement.

Le tissu du cœur est d'une consistance bien marquée.

Poumons. — Le droit présente le long du bord postérieur et à la partie inférieure un point de pneumonie ; une coupe faite dans ce noyau fait écouler de la sérosité ; et, en pressant, on fait sortir de petits caillots. Autour de ce noyau, emphysème par place ; on retrouve cette dernière lésion sur tout le bord antérieur.

Dans les bronches, mucus rosé adhérent aux parois. On ne retrouve aucun caillot dans les grosses branches de l'artère pulmonaire.

Pour le gauche, congestion hypostatique en bas et en avant, et emphysème sur le bord antérieur.

Rien dans le larynx.

Le foie est volumineux et congestionné.

La rate est petite et ratatinée.

Reins. — Congestionnés ; les vaisseaux des pyramides sont surtout très-marqués.

Dans *la vessie*, on trouve environ 300 grammes d'une urine claire et ne présentant rien de particulier.

CENTRES NERVEUX. — *Cerveau.* La pie-mère cérébrale est injectée à peu près partout avec la même intensité.

La substance grise périphérique présente une teinte hortensia qui permet de différencier, sur cette partie de circonvolution, trois couches très-marquées : une externe violacée, une moyenne de teinte rouillée, et une plus profonde teinte hortensia.

La substance blanche présente un piqueté très-marqué.

Dans la substance grise, des corps striés et des couches optiques, congestion très-appréciable.

Dans *le cervelet*, un peu de congestion des lamelles périphériques.

Rien dans le corps rhomboïdal. On ne trouve rien dans la protubérance ni dans le bulbe. Seulement, la substance grise centrale de ces organes est plus rosée que d'habitude, et cette teinte résiste au lavage.

La moelle ne présente rien d'anormal, si ce n'est un peu de dilatation de ses vaisseaux à la région lombaire et la même teinte rosée de sa substance grise.

M. VERNEUIL, en terminant cette lecture, insiste sur le peu d'efficacité du chloral pour faire cesser la contracture des muscles respirateurs. Aussi, tout en ayant recours au chloral, il veut qu'on se serve de l'électricité ou de tout autre moyen capable de détendre ces muscles, et de prévenir ainsi l'asphyxie qui tue les malades.

Statistique des fractures de la cuisse traitées dans les services de MM. Gosselin et Désormeaux, par l'appareil à extension continue du Dr Hennequin. — M. DESORMEAUX.

N° 1. Homme de 52 ans, d'une force moyenne. — Fracture au

tiers inférieur. — 3 cent. 1/2 de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé 15 jours après par l'appareil Hennequin. — Le membre est placé en double plan incliné. — La force de traction est d'environ 5 kilog. — Accidents survenus pendant le traitement : douleur modérée, œdème du membre et de la face sans albuminurie, quelques pustules d'impétigo sur les membres inférieurs, phlyctène au niveau du condyle interne. — Durée de l'extension, 2 mois 1/2. — La conformation du membre est parfaitement régulière.— Aucun accident consécutif, sinon un peu d'œdème de la jambe et une très-légère roideur du genou et du pied. — Marche facile et sans aucune claudication. — Le membre fracturé mesure un demi-centimètre de plus que le membre sain.—Gagné, 4 centim.

N° 2. Homme de 37 ans, d'une force moyenne. — Fracture siégeant un peu au-dessus de la partie moyenne. — 3 cent. de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Position en équerre. — Force de traction, 4 kilog. environ. — Accidents survenus pendant le traitement : douleur modérée, œdème de la jambe. — Durée de l'extension, 32 jours. —Conformation régulière du membre.—Le cal est resté un peu volumineux. — Accidents consécutifs : œdème et roideur articulaire peu marquée. — Claudication peu sensible. — Différence de longueur entre les deux membres, 1 cent. — Gagné, 2 cent.

N° 3. Homme de 25 ans, robuste. — Première fracture au tiers supérieur, traitée un an auparavant, dans mon service, par l'appareil de Scultet, le malade n'ayant pu supporter celui de F. Martin. — Guérison avec un raccourcissement de 3 cent. — Roideur persistante du genou. — Cal volumineux. — Deuxième fracture au-dessus de la première. — 3 cent. de raccourcissement.—Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Le membre est placé en 1re position ou en équerre. — Force de traction, de 5 à 6 kilog. — Accidents : douleur assez vive, œdème de la jambe, légères excoriations au niveau des condyles. — Durée de l'extension, 40 jours. — Conformation régulière du membre. — Col resté volumineux. — Les mouvements du genou sont plus étendus qu'avant la dernière fracture. — Pas de claudication, pas d'œdème. — — Différence de longueur des membres, 1 cent. 1/2. — Gagné sur la fracture précédente, 1 cent. 1/2.

N° 4. Homme de 39 ans, d'une force moyenne. — Fracture sus-condylienne. — 3 cent. de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Force de traction, de 4

à 6 kilog. — Position en équerre. — Accidents : douleur vive, œdème de la jambe, phlyctène à l'ischion. — Durée de l'extension, 49 jours. — Conformation très-régulière du membre. — Accidents consécutifs : persistance de l'œdème de la jambe, hydrarthrose du genou, gonflement momentané du col. — Claudication par roideur articulaire peu accusée. — Différence de longueur du membre, nulle. — Gagné, 3 cent.

N° 5. Homme de 36 ans, petit, mais robuste.—Première fracture au tiers inférieur traitée par l'appareil de Scultet et les appareils inamovibles. — Douze jours après la guérison, seconde fracture au même siége, traitée par les appareils inamovibles. — Guérison avec un raccourcissement de 6 cent. 1/2.— Claudication prononcée, malgré une semelle en bois de 4 cent. 1/2 d'épaisseur. — Plusieurs mois après, troisième fracture au-dessous des premières. — Raccourcissement de 6 cent. 1/2. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Position en équerre. — Force de traction, de 5 à 7 kilog. — Accidents pendant le traitement : douleur modérée, œdème de la jambe, phlyctène au niveau du condyle externe. — Durée de l'extension, 61 jours. — Conformation très-régulière du membre.—Accidents consécutifs : eczéma aigu de la jambe, œdème de peu de durée. — Liberté des mouvements, marche facile avec une légère claudication.— La différence de longueur des membres n'est plus que de 1 cent. 1/2. — Gagné 5 cent. sur les fractures antérieures.

N° 6. Homme robuste de 52 ans, alcoolique.—Fracture à la partie moyenne. — 7 cent. de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Position en équerre. — Force de traction, de 5 à 6 kilog.—Accidents pendant le traitement : douleur vive, délire alcoolique, œdème, phlyctènes nombreuses sur les membres inférieurs et supérieurs, érosion de l'ischion. — Durée de l'extension, 53 jours. Conformation régulière du membre. — Accidents consécutifs : persistance de l'œdème de la jambe ; faible roideur des articulations, du genou et du pied ; légère claudication. — Différence de longueur des membres inférieurs, 1 cent. — Gagné plus de 6 cent.

N° 7. Homme de 30 ans, robuste. — Fracture au tiers inférieur. — 3 cent. de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Force de traction, 5 kilog. environ. — Position en équerre.— Accidents : œdème de la jambe, douleur vive, phlyctène à l'ischion. — Durée de l'extension, 49 jours. Conformation parfaitement régulière. — Accidents consécutifs :

œdème, hydrarthrose du genou de courte durée, roideur articulaire peu prononcée. — Marche facile avec une légère claudication. — La roideur disparaît. — Différence de longueur entre les deux membre, nulle. — Gagné, 3 cent.

N° 8. Homme de 42 ans, d'une force moyenne. — Fracture au tiers inférieur. — 1 cent. de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Position en double plan incliné.— Force de traction, 4 kilog. environ. —Accidents : douleur assez vive, œdème, phlyctène. — Durée de l'extension, 1 mois 1/2. — Conformation très-règulière. — Accidents consécutifs : œdème de peu de durée, faible roideur des articulations du genou et du pied. — Marche facile et presque sans claudication. — Différence de longueur des membres, 1/2 cent. — Gagné, 3 cent. 1/2.

N° 9. Femme de 54 ans, maigre, chétive. — Fracture sus-condylienne communiquant avec l'articulation. — 2 cent. de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin 15 jours après. — Consolidation avancée.— Gonflement considérable du genou. — Position en équerre. — Force de traction, de 3 à 4 kilog. 1/2. — Accidents : douleur vive, phlyctène très-large sur l'ischion. — Durée de l'extension, 38 jours. — Conformation parfaitement régulière, cal insensible.—Accidents consécutifs : œdème persistant, roideur articulaire prononcée et persistante.—Marche difficile. — Différence de longueur des membres, nulle. — Gagné, 2 cent.

Les observations qui suivent ont été recueillies dans le service de M. Gosselin, à la Charité.

N° 10. — Homme de 28 ans, d'une force moyenne. — Fracture vers la partie moyenne. — 3 centimètres de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Position en équerre. — Force de traction, de 4 à 5 kilog. — Accidents : douleur très-intense, œdème de la jambe, plyctènes nombreuses et eschares superficielles produites par un bandage compressif trop serré. — Durée de l'extension, 61 jours. — La conformation du membre est très-régulière. — Accidents consécutifs : extension de l'œdème de la jambe à la cuisse, gonflement momentané du cal. — Marche facile. — Disparition de l'œdème. — Liberté absolue des articulations. — Différence de longueur des membres, 1 centimètre. — Gagné 2 centimètres 1/2.

N° 11. — Homme de 45 ans, débile et maigre. — Fracture au tiers supérieur, 5 centimètres de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Le membre est

placé en première position (en équerre). — La force de traction oscille entre 5 et 6 kilog. — Accidents pendant le traitement : douleur assez vive, œdème de la jambe, phlyctène à l'ischion. — Sept semaines après le premier accident, seconde fracture au même point, produite par une manœuvre maladroite des gens de service. — L'appareil n'est point enlevé, la force de traction n'a pas varié. — Accidents pendant le traitement de la seconde fracture : phlyctène au creux poplité, augmentation de l'œdème de la jambe, qui s'étend à toute la cuisse, mouvement fébrile, phlébite probable de la veine fémorale. — Durée de l'extension, 3 mois. — Conformation régulière du membre. — Accidents consécutifs : œdème considérable de la jambe et de la cuisse, tenacité de cet œdème. — Roideur considérable du genou et du pied. — Marche longtemps difficile. L'extension de la jambe sur la cuisse ne pouvait se faire complétement, les muscles de la cuisse étant devenus trop courts.

Différence de longueur des deux membres :

Le membre fracturé mesure 2 centimètres de plus que le sain. — Gagné 7 centimètres.

C'est, je crois, le premier fait authentique d'un allongement des os par les tissus élastiques, privilége qu'ils partagent avec certaines tumeurs.

N° 12. — Homme de 48 ans, d'une force moyenne. — L'état mental laisse beaucoup à désirer. — Fracture de la partie moyenne : 5 centimètres et demi de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Douleur très-intense pendant une douzaine de jours, œdème, excorations au creux poplité. — Durée de l'extension : 45 jours. — La conformation du membre est très-régulière. — Le col est un peu volumineux. — Accidents consécutifs : œdème de la cuisse, hydrarthrose passager du genou. — Roideur articulaire. Marche facile, claudication faible, roideur bien moins grande. — Différence entre les deux membres : 1 centimètre. — Gagné, 4 centimètres et demi.

En somme, douze fractures de cuisse traitées par l'appareil Hennequin. — Raccourcissement total : 47 centimètres. — Gagné par l'extension continue, 44 centimètres — Différence : 3 centimètres.

Mais dans ce nombre figurent deux observations de deuxième fracture de la même cuisse et une de troisième ; et si on prend pour terme de comparaison la longueur du fémur après la consolidation de la première ou de la seconde fracture, on arrive à ce résultat surprenant : raccourcissement total des douze fractures avant l'extension continue : 38 centimètres et demi au lieu de 47. — Gagné

par l'extension : 44 centimètres. — Allongement absolu obtenu par l'extension continue : 5 centimètres et demi. — L'explication de ce chiffre se trouve dans les observations n° 3, n° 5, n° 11.

De ces faits, on peut donc tirer les conclusions suivantes :

1° Dans les fractures de la cuisse traitées par l'appareil Hennequin, il faut savoir proportionner la force de traction à la puissance musculaire du malade, pour éviter un allongement absolu du fémur fracturé.

2° Les chirurgiens devront plus se préoccuper d'un allongement absolu que d'un raccourcissement sensible, dans les fractures traitées par l'appareil Hennequin.

3° L'allongement absolu de l'os de la cuisse par l'extension continue, faite d'après la méthode du docteur Hennequin, est actuellement un fait acquis à la science et démontré mathématiquement, fait qui jusqu'ici, je crois, n'a été observé que dans les cas de certaines tumeurs ayant envahi le tissu osseux.

Je ferai remarquer en terminant que toujours la conformation du membre a été régulière.

Je n'aborderai pas aujourd'hui la question des complications qui se montrent pendant et après le traitement des fractures de la cuisse; les faits ne sont pas encore assez nombreux pour en tirer des conclusions rigoureuses. Je me bornerai à dire que la plupart des complications qui surviennent pendant ou après le traitement des fractures de la cuisse dépendent plus du malade que des appareils employés.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. Panas.

SÉANCE DU 13 AVRIL

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : *L'Art dentaire*. — Le premier numéro de la *Revue de décentralisation*. — Le *Sud médical*. — Le *Montpellier médical*.

— Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*. 3e série, t. IV, n° 3.

— Le premier fascicule des *Mémoires couronnés et autres mémoires publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique*.

— M. Chassaignac dépose sur le bureau le *Résultat statistique de toutes les opérations pratiquées depuis 24 ans par le docteur Carion, médecin à Commentry*. Renvoi à la commission de statistique.

— M. Depaul communique, de la part de M. d'Ollier (d'Orléans), une observation intitulée : *Dystocie. Large exostose de la face antérieure du sacrum. Diamètre antérieur réduit à 45 millimètres. Opération césarienne. Guérison*. Renvoyé à une commission composée de MM. Depaul, Blot et de Saint-Germain.

M. VERNEUIL communique, de la part de M. le docteur Dufour, médecin adjoint à l'hôpital ophthalmique de Lausanne, une note concernant *trois cas de tétanos traités par le chloral*.

Dans deux de ces cas, dont l'auteur ne fait du reste qu'une simple mention, il s'agissait de tétanos suraigu terminé rapidement par la mort avant que le chloral ait pu agir efficacement. La troisième observation, donnée en détail, est relative à un tétanos à marche lente, et qui a cédé à l'administration du chloral.

Voici cette observation :

Jeune homme de 26 ans, entré le 16 mars à l'hôpital de Lausanne pour des blessures multiples causées par l'explosion d'une mine survenue le 9 mars. Destruction de l'œil droit. Perforation de l'œil gauche. Légères plaies au bord interne de la main gauche, sans lésion importante. Phlegmon sans gravité du poignet droit. On ne

s'occupait plus que des lésions oculaires, lorsque, le 24 mai, le blessé accuse un peu de difficulté à avaler.

Le lendemain 25, trismus très-prononcé, flexion des doigts de la main gauche. *Douze* grammes de chloral sont administrés. Sommeil. Amélioration évidente, écartement double des mâchoires, doigts plus mobiles; le soir, le spasme reprend son intensité.

Pendant cinq à six jours, la dose quotidienne de chloral s'élève à *huit* grammes. Contracture du dos et de l'abdomen, irritabilité réflexe faible.

Le 30, la dose de chloral ne produisant plus d'effet hypnotique, on la porte à *seize* grammes.

Le 4, affaiblissement du malade. On prescrit *deux* grammes de morphine, qui agissent favorablement.

Le 7, la morphine n'agit plus. Les crampes tétaniques reviennent plus fortes; on cesse le médicament.

Du 10 au 13, irritabilité réflexe excessive. Le moindre choc amène une crampe des muscles du dos et des bras. On prescrit de nouveau *douze* grammes de chloral. Le malade s'endort. La roideur diminue progressivement et cesse complétement du 15 au 20, un peu moins d'un mois après le début des accidents tétaniques.

Malgré le développement du tétanos, les plaies de la main s'étaient régulièrement cicatrisées. Elles étaient fermées dès le 30 mars, sauf une, qui ne guérit complétement que le 7 avril. Les cicatrices conservèrent pendant une dizaine de jours une coloration rouge très-foncée.

Le malade regagne son pays le 26 avril.

M. le docteur Rouge a objecté que la guérison aurait peut-être été obtenue par la morphine ou tout autre moyen, vu sa chronicité. M. Dufour a répondu que la chronicité peut précisément être due à l'administration du chloral dès les premières heures et à hautes doses; que, sans juguler le tétanos, le chloral semble l'atténuer, et, en résolvant la contraction, diminue la combustion et la température, conditions favorables à la guérison.

M. Guéniot dépose sur le bureau une note de M. le docteur Parrot, médecin des hôpitaux, relative à un cas de *rupture de la moelle chez un nouveau-né survenue par suite de manœuvres pendant l'accouchement.*

Cette observation intéressante, ajoute M. Guéniot, communiquée par l'auteur, avec pièces à l'appui, à la Société médicale des Hôpitaux, fait ressortir les points de détail suivants :

La rupture de la moelle s'était effectuée au niveau de la sixième

vertèbre cervicale, et cela, sans que la colonne ait subi de solution de continuité, ni dans les os, ni dans les disques intervertébraux.

Dans les membres inférieurs, bien que tout mouvement volontaire fût perdu, il restait un certain degré de rétraction des fléchisseurs qui maintenait les cuisses et les jambes légèrement fléchies. Quant aux mouvements réflexes, ils persistaient encore.

La sensibilité avait disparu des membres supérieurs, ce qui s'explique par une espèce de ramollissement de la substance grise du bout supérieur de la moelle retrouvé à l'autopsie.

Le mouvement était conservé. Sous la plèvre on avait trouvé un vaste épanchement sanguin, qui provenait du canal rachidien et s'était fait jour à travers un trou de conjugaison.

M. DEPAUL. Des cas de ce genre, sans être communs, sont encore assez fréquents.

Le fait de l'épanchement sanguin sous-pleural à travers un trou de conjugaison est assez habituel, et je me rappelle y avoir rencontré une fois de la pulpe médullaire.

Il y a quelque temps, on m'amena à l'hôpital une femme en travail, chez laquelle on avait exercé en ville des tractions d'extraction du fœtus, qui se présentait par la tête, pendant plusieurs heures.

A l'examen, je constatai que la tête était petite, ratatinée et comme aplatie, et il ne m'a fallu qu'une très-petite traction pour terminer l'accouchement.

Que s'était-il passé là, et quel a pu être l'obstacle à l'accouchement? La dissection du fœtus mort-né nous permit de le savoir.

Il s'agissait ici d'une hydrocéphale, chez laquelle, par suite des efforts de pression et de traction de la tête, on avait fait passer le liquide dans le canal vertébral, et de là dans les cavités pleurales et le tissu cellulaire sous-cutané de toute la moitié supérieure du tronc. L'analyse chimique du liquide recueilli dans les plèvres n'a fait que confirmer ce fait, en montrant qu'il s'agissait bien là de liquide céphalo-rachidien.

Le liquide était sorti par une double fracture de la colonne vertébrale, siégeant, l'une entre la deuxième et la troisième vertèbre cervicales et l'autre entre la cinquième et la sixième.

M. Depaul a été à même d'observer deux autres faits du même genre.

Un autre mode de terminaison du travail dans l'hydrocéphale, observé par M. Depaul, consiste dans le passage du liquide à travers une rupture d'une fontanelle ou d'une suture, jusque dans le tissu

cellulaire sous-cutané de la voute du crâne; auquel cas la tête prend la forme d'un bissac. Il dit avoir observé deux fois cet accident.

M. GUYON lit, au nom de M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant, l'observation suivante :

Fracture double de la mâchoire inférieure. Insuffisance de la ligature des fragments et de la ligature des dents. Suture osseuse simple d'un côté. Suture osseuse combinée avec la ligature des dents, de l'autre côté. — Guérison. Par M. le docteur LETENNEUR (de Nantes).—Le nommé Pierre L..., âgé de 28 ans, manœuvre, étant en état d'ivresse, le 13 mai 1869, tomba par la fenêtre du troisième étage dans une cour où se trouvaient des palissades analogues à celles qui bordent les voies ferrées. Cet homme fut relevé sans connaissance et porté à l'Hôtel-Dieu, service de clinique.

L'interne de garde reconnut une fracture de la mâchoire inférieure et appliqua une fronde.

Le 14, à la visite du matin, nous constatons l'état suivant :

Il existe de nombreuses contusions à la face, mais sans gravité; une plaie de 2 centimètres et demi de longueur existe au côté droit de la face, au niveau du bord inférieur de la mâchoire et parallèlement à ce bord.

Le visage est déformé, le menton abaissé et enfoncé, la parole difficile.

La vue et le toucher nous font reconnaître une fracture double du corps de la mâchoire; le fragment moyen, très-mobile, est entraîné en bas et en arrière. La réduction se fait facilement, mais le déplacement se reproduit immédiatement.

Les deux fragments externes sont attirés en haut et en dehors par les muscles élévateurs.

La fracture a lieu, à droite, immédiatement en avant de la première grosse molaire; à gauche, immédiatement en avant de la canine.

En mettant le doigt dans la plaie, on le fait parvenir sans difficulté dans la bouche, soit en avant, soit en arrière du foyer de la fracture. Cet examen fait découvrir une esquille mobile dépouillée de périoste; elle est extraite immédiatement; son étendue est de 1 centimètre environ; elle porte l'alvéole vide de la dernière petite molaire droite. Cette esquille est irrégulière. Après son extraction, je reconnais que la fracture s'est faite en ce point obliquement, d'avant en arrière, et que le fragment moyen présente une dentelure

longue, pointue, s'enfonçant dans le plancher de la bouche. La fracture du côté gauche est à peu près verticale.

La langue présente, vers la pointe, une plaie peu profonde ; le malade ne peut la tirer hors de la bouche, ce que nous expliquons facilement par le défaut de point d'appui.

D'après le siége des deux fractures, l'une en avant du trou mentonnier, l'autre en arrière de ce trou, il était facile de prévoir l'état de sensibilité de la peau du menton. Cette sensibilité était conservée intacte, du côté gauche, jusqu'à la ligne médiane ; elle était au contraire abolie complétement du côté droit.

Le malade a perdu beaucoup de sang et est affaibli ; cependant, il a du courage et veut se guérir.

Le déplacement énorme auquel il s'agit de remédier rend insuffisants à mes yeux les appareils ordinaires et même l'appareil de Morel Lavallée, dont l'application me semblait, en ce cas, presque impossible.

J'essaye donc de fixer préalablement les fragments au moyen de la ligature.

Un fil d'argent passé autour du fragment moyen (côté droit) est ensuite introduit, d'arrière en avant, entre la petite molaire et la canine, puis serré par quelques tours. Le fragment, ainsi saisi et soutenu, est accroché, à l'aide du fil d'argent, à la première grosse molaire du fragment externe ; mais, bien que cette grosse dent fût très-solide, l'anse métallique simple ou double passée autour d'elle s'échappait sans cesse, et il a fallu renoncer à l'espérance d'obtenir ainsi une contention suffisante.

Du côté gauche, un fil d'argent, introduit d'arrière en avant, entre les deux petites incisives du fragment moyen et entre la canine et la petite molaire du fragment extérieur, fut tordu au niveau du collet de ces dents et nous fit obtenir une demi-réduction, mais non une immobilité suffisante.

En conséquence, je pris mes mesures pour pratiquer, le lendemain, la suture des fragments.

Je me servis pour cela d'une drille d'horloger dont j'avais fait usage pour la première fois en 1864 dans un cas de fracture non consolidée du fémur.

Le fragment moyen fut attiré dans la plaie et fixé au moyen d'un davier, et une attelle protectrice fut glissée derrière ce fragment. Un trou fut pratiqué à un demi-centimètre au moins du bord de la mâchoire, c'est-à-dire au-dessus du trou mentonnier ; un fil d'argent un peu fort passé dans ce trou nous permit d'attirer le fragment au

dehors et de réséquer avec une pince incisive la dentelure aiguë dont j'ai parlé et qui aurait rendu difficile la coaptation.

La drille traversa le fragment externe à la même bauteur, et il fut possible de faire passer à travers ce fragment le fil d'argent d'arrière en avant. Les deux extrémités du fil, rapprochées et tordues au moyen d'un bec de corbin, fixèrent les deux fragments d'une manière très-solide. Les deux chefs du fil métallique furent coupés au niveau de la peau et correspondaient à l'angle externe de la plaie.

Il n'existait pas de plaie au niveau de la fracture du côté gauche, et je dus faire ici la suture en abaissant la lèvre inférieure. La drille fut introduite aussi bas que possible, avec les précautions indiquées plus haut, entre les racines des deux petites incisives et entre la canine et la petite molaire. Un fil d'argent fut placé dans chacun de ces trous, et nous avions ainsi deux extrémités du côté de la bouche et deux extrémités en avant des gencives. Les deux extrémités internes furent tordues solidement, et en tirant sur les deux chefs antérieurs nous eûmes une anse, dans laquelle les deux fragments furent saisis et rapprochés au moyen du bec de corbin. Les deux chefs postérieurs furent utilisés pour la ligature des dents; je les fis passer d'arrière en avant entre les dents, et ils furent tordus au niveau du collet des dents. Nous avions donc ainsi du côté gauche un double moyen de contention : suture des fragments et ligature des dents établies avec les mêmes fils.

Après cette opération, pour laquelle le malade, d'après son désir, avait été endormi par le chloroforme, les mouvements de la mâchoire étaient devenus assez faciles et la parole un peu plus distincte. Le résultat était très-satisfaisant; cependant, au niveau de la fracture du côté gauche, les dents ne sont pas tout à fait sur la même ligne, ce que j'attribue à ce que le fil n'aura pas traversé les fragments à la même hauteur. Le malade nous rassure en nous disant que cette différence existait avant l'accident.

Quoi qu'il en soit, cette imperfection, à laquelle j'aurais pu remédier en plaçant un fil avec plus de précision, n'a qu'une médiocre importance.

La double torsade de fils relevée et coupée au niveau des dents irritait un peu la muqueuse de la lèvre, et pour éviter cet inconvénient je dus, quelques jours après, recouvrir les dents et les fils métalliques avec une gouttière en gutta-percha, qui vint ajouter encore à la solidité de la suture.

Aucun bandage extérieur ne fut nécessaire. Le malade, fidèle à

ma recommandation, eut soin de se laver la bouche avec une solution de chlorate de potasse, avec de l'eau vineuse et de l'eau fraîche. Les liquides introduits dans la bouche s'écoulent, comme la salive, par la plaie, et le malade est obligé de prendre quelques précautions à ce sujet.

Du reste, L..., d'un caractère jovial, se promène toute la journée, mange des potages et boit du vin; il peut même mâcher de la mie de pain, mais nous déclare qu'il ne peut l'avaler à cause de la douleur qu'il éprouve à la langue. Cependant la langue, ayant aujourd'hui un point d'appui solide, peut être attirée hors de la bouche. C'est en faisant faire ce mouvement que nous apercevons à la surface de l'organe, vers la base, des inégalités et une plaie profonde; il nous est démontré alors que la langue a été traversée de part en part par un des bois aigus de la palissade sur laquelle le malade est tombé, et que ce bois a dû traverser le plancher de la bouche en arrière du cul-de-sac sublingual, puisque nous n'avons pas vu de traces de lésion à la face inférieure de la partie libre de la langue.

La voûte palatine n'a point été atteinte par le corps vulnérant.

Le malade nous avoue, au bout de quelques jours, que malgré sa double fracture de la mâchoire et la plaie de la langue, il a continué à fumer sa pipe, attendu, dit-il, que le tabac est trop sain pour lui nuire en quoi que ce soit.

A part les deux jours qui suivirent l'accident, L... n'a pas eu de fièvre, et a repris promptement un teint frais et toutes les allures d'un homme bien portant.

Le 24 mai, je constatai au niveau de la fracture du côté gauche un abcès que j'ouvris le lendemain. Le pus qui s'écoula n'était pas fétide.

Cette ouverture mit les deux fractures dans des conditions analogues, c'est-à-dire communiquant avec l'intérieur de la bouche et avec l'extérieur. Le pus et la salive s'écoulaient librement par cette double issue.

Le 26, la gouttière en gutta-percha se souleva, et L... ne chercha point à la replacer, trouvant que les fils métalliques ne le gênaient plus.

Le 5 juin, il déclare qu'il perd son temps à l'hôpital, et demande son *exeat* pour aller travailler; mais l'absence d'aliments solides ne lui permet pas de reprendre assez de force pour travailler, et il rentre à l'hôpital au bout de quelques jours.

Le 15, les extrémités des fragments du côté droit qui étaient dénudés deviennent mobiles, je les retire avec le fil d'argent qui

les unissait. En additionnant ces parcelles et l'esquille enlevée le premier jour, on peut estimer à plus d'un centimètre la perte de substance dans toute l'épaisseur du maxillaire.

Malgré cela, les fragments désormais assujettis par les parties molles n'ont aucune tendance au déplacement.

Le 16, j'essaye de couper les fils d'argent du côté gauche ; je réussis facilement à détruire l'anse supérieure qui formait la ligature des dents, et qui ne servait plus à rien par suite de la mobilité de la canine. Mais pour couper l'anse inférieure, il aurait fallu faire des efforts pour ébranler le cal. Ce travail de consolidation se manifestait par une tuméfaction de bonne nature au niveau de la fracture. Je laissai donc l'anse inférieure intacte.

Les abcès suppurent toujours, mais tendent à se cicatriser.

Le 21, L... quitta définitivement l'hôpital. Il est revenu me voir souvent depuis ce temps. J'ai pu enlever sans accident, à la fin du mois, le fil d'argent qui unissait les fragments à gauche, et je dois noter qu'il ne s'est pas produit de nécrose sous la pression du fil.

Mon malade ne prenait aucune précaution pour le choix des aliments, ce qui contribua certainement à retarder la consolidation.

Dans le courant du mois de juillet, j'enlevai la dent canine qui était devenue très-mobile, et cette petite opération fit disparaître à peu près complétement le défaut de niveau que j'ai signalé plus haut.

Peu de temps après, je pus constater la guérison définitive de L..., qui ne conserve plus d'autre trace de son accident qu'un léger aplatissement du menton, résultant de la perte de substance subie par le maxillaire inférieur.

La Société se réunit en comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

SÉANCE DU 18 MAI 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : Le *Bulletin général de thérapeutique*. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*.

— Le 1er fascicule du tome IV des *Mémoires et bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux*.

— *Introductory lecture delevered at Netley on commencing the twentieth session of the army medical School,* in april 1870, — by Deputy, inspector general, T. Longmore.

— *Des diverses méthodes de réunion des plaies intestinales*. (Extrait du *Bulletin de thérapeutique*), par M. le docteur Béranger-Féraud.

— Docteur Cabasse, médecin-major : *Arrachement de la tubérosité du tibia par contraction musculaire. — Note sur les différentes conferves des rivières et des eaux stagnantes employées comme charpie. — Note et observation pour servir à l'histoire de l'occlusion intestinale*. (Ces travaux manuscrits seront déposés aux archives.)

COMMUNICATIONS

Grenouillette congénitale. — M. BLOT. Le kyste, du volume d'une noix, se tendait par les cris et gênait l'allaitement. D'une transparence parfaite, la tumeur ne pouvait laisser aucun doute sur le diagnostic, et il n'y avait à se préoccuper que du choix du procédé, surtout chez un enfant nouveau-né.

L'*excision*, par sa simplicité, par la non-nécessité de laisser dans la bouche un corps étranger (séton, canule en double bouton de chemise de Dupuytren, etc.), et surtout en ce qu'elle met le plus souvent à l'abri de la récidive, m'a paru mériter la préférence sur les autres procédés.

Je pratiquai cette opération de la manière suivante :

Un ténaculum traverse la tumeur par son milieu. Des ciseaux courbes, tenus de la main droite, servent à exciser tout ce qu'il a été possible de saisir des parois de la poche, et le contenu visqueux sort en entier sans la moindre hémorrhagie.

Aujourd'hui l'enfant est parfaitement guéri, l'allaitement se fait normalement, et à l'endroit de l'opération on n'observe aucun trajet fistuleux, ainsi que cela se voit assez souvent à la suite de la simple ponction, comme J. L. Petit en avait fait la remarque.

M. MARJOLIN dit avoir renoncé tout à fait à l'excision, qui expose parfois à des hémorrhagies, d'autant plus inquiétantes que la succion exercée par le nouveau-né rend celles-ci difficiles à arrêter et dès lors très-graves. Une fois il a été à même de voir un enfant opéré en ville, et qui avait été amené à l'hôpital presque exsangue, dans un état très-grave. Le perchlorure de fer et autres moyens hémostatiques ayant été impuissants pour arrêter l'hémorrhagie, il y eut eschare et gêne consécutive des mouvements de la langue. Lui-même, pour arrêter l'hémorrhagie, s'est vu souvent contraint d'employer le fer rouge. Depuis quelques années, il se contente de passer à travers la tumeur un séton filiforme, et, sauf deux ou trois cas, le succès ne lui a jamais fait défaut.

M. CHASSAIGNAC pense que le drain devra être préféré au séton, attendu qu'il n'expose pas à une inflammation suppurative comme ce dernier. De plus, le drain permettra de laver la poche journellement, ce qui aidera à la cicatrisation. Quant à l'excision, la crainte de l'hémorrhagie la lui fait repousser.

M. BLOT fait observer que la minceur très-grande des parois de la poche, qui était transparente, le rassurait contre un danger d'hémorrhagie, et effectivement il n'en a point eu. Le témoignage de Boyer, de Jobert et d'autres auteurs, est favorable à l'excision. Du reste, la crainte de l'hémorrhagie pourrait être justifiée chez les adultes, et beaucoup moins lorsqu'il s'agit de grenouillette congénitale des nouveau-nés, au moins dans les cas comme le sien.

M. FORGET. Le point important en ce moment, ce n'est pas de discuter sur la valeur des procédés applicables à la grenouillette en général, mais bien de savoir s'il n'y a pas inconvénient pour la lactation et danger pour l'enfant à laisser à demeure, dans la bouche, un corps étranger, tel que séton, drain, etc.

M. GIRALDÈS. Les grenouillettes congénitales, sans être communes, ne sont véritablement pas rares. Le plus souvent, elles sont d'un petit volume, ne réclamant aucune opération, et ce n'est

qu'exceptionnellement qu'on voit la tumeur acquérir le volume d'une noix ou d'un petit œuf. L'excision constitue alors le meilleur moyen de traitement, et quant à l'hémorrhagie, qui est *veineuse* et non artérielle, elle n'est guère à craindre si l'on a soin d'éviter les veines ranines.

M. Giraldès dit avoir opéré, par extraction, trois grenouillettes congénitales sans hémorrhagie aucune.

Pour saisir la poche, M. Giraldès se sert, soit de pinces à griffes, soit d'une aiguille courbe armée d'une anse de fil que l'on passe à travers la tumeur.

M. GUÉNIOT a pratiqué, à deux reprises, l'excision d'une grenouillette congénitale du volume d'une noix dont les parois étaient minces et diaphanes. Il n'y eut aucune perte de sang, et la guérison a été complète.

M. Guéniot pense que tout dépend des cas, et que, parmi les grenouillettes, il y en a dont les parois sont vasculaires et d'autres pas.

M. PANAS. Deux fois il lui a été donné d'observer chez des adultes, à la suite de l'excision et du tamponnement des restes de la poche kystique avec de la charpie, une certaine dysphagie et la gêne de la respiration. Ce qui l'avait frappé dans ces cas, c'est que la poche de la grenouillette s'avançait du côté de la base de la langue jusqu'à l'os hyoïde et à la membrane thyro-hyoïdienne. Ce rapport anatomique explique la gêne en question, attendu que le tissu cellulaire lamelleux de cette région, et en particulier celui des replis arythéno-épiglottiques, s'œdématient avec une grande facilité.

Il est donc prudent d'éviter toute cause de suppuration prolongée ou d'inflammation vive, surtout chez les enfants, qui ont les voies aériennes normalement étroites.

Foucher faillit perdre d'asphyxie un jeune enfant pour avoir pratiqué une injection iodée dans la poche de la grenouillette.

M. GUYON est d'avis qu'il faut éviter la suppuration du kyste, d'autant plus que, dans certains cas, la grenouillette congénitale consiste dans une dilatation du canal de Warton, ainsi qu'il en a présenté un exemple à la Société.

L'excision lui paraît donc mériter la préférence chez le nouveau-né, comme mettant plus sûrement à l'abri d'une inflammation suppurative de la glande sous-maxillaire.

Exostose éburnée du sinus frontal opérée avec succès par M. VERNEUIL. Un jeune homme de 23 ans, bien constitué,

n'ayant eu ni contusion, ni syphilis, vint me consulter pour des douleurs vives qu'il éprouvait dans la région sourcilière droite. Je constatai un léger empâtement de la région frontale et du pourtour de l'orbite. Le début du mal semble remonter à trois ans.

L'iodure de potassium et la teinture d'iode furent essayés inutilement, et les douleurs ont fini par devenir intolérables.

Il y a trois jours, le 15 mai, je constate de nouveau que l'empâtement a fait des progrès. Les téguments sont injectés; l'œil paraît dévié en bas, et il y a une vive douleur sur le trajet du nerf sus-orbitaire. A l'exploration directe, je sens, sous la voûte de l'orbite, une petite tumeur dure, du volume d'un noyau de cerise. Nul phénomène cérébral; pas de douleur de tête profonde; deux ou trois fois seulement, des épistaxis au moment des accès douloureux.

A l'aide de ces signes, je diagnostique une *exostose éburnée du sinus frontal* faisant saillie dans l'orbite.

Je procède le même jour à l'opération comme il suit :

Incision verticale au niveau de la tête du sourcil, réunie à une incision horizontale le long du rebord orbitaire; décollement du périoste frontal et orbitaire dans l'étendue du petit lambeau triangulaire cutané, puis défoncement de la paroi antérieure du sinus. J'arrive ainsi sur la tumeur, qui apparaît arrondie, lisse et comme éburnée à la surface.

Ainsi que je m'en étais aperçu au moment du décollement du périoste orbitaire, je constate que l'exostose avait perforé la paroi orbitaire du sinus pour constituer la petite bosselure que j'avais sentie avant l'opération.

Nul liquide n'était interposé entre l'exostose et les parois du sinus, et ce dont je me préoccupais en ce moment, c'était des adhérences probables de la tumeur avec la paroi postérieure du sinus.

On sait en effet combien sont parfois grandes les difficultés qu'on rencontre pour énucléer ce genre de tumeurs.

Étant très-dures, on ne peut songer à les entamer avec des instruments, et leur enclavement est parfois tel que l'on éprouve une grande diffiulté à les extraire par bascule.

Les faits de Robert et de Michon témoignent des difficultés dont nous parlons.

Plus on apprend à connaître ce genre de tumeurs, et plus on se rattache à l'idée qu'elles consistent en de véritables exostoses ostéophytiques, beaucoup plus rarement à des ostéomes dépendant de la muqueuse, et encore on est en droit de se demander s'il ne

s'agit pas réellement d'exostoses dont le pédicule aurait été détruit spontanément ou qui aurait passé inaperçu.

Voyant que la tumeur était immobile et manifestement adhérente à la face encéphalique des sinus, je tentai de l'enlever à l'aide de la gouge et du maillet. Celle-ci céda facilement, et j'ai pu voir alors qu'elle était constituée de tissu éburné à la périphérie et de tissu diploïque au centre. Son lieu d'implantation était représenté par du tissu diploïque que je n'ai pas osé poursuivre plus loin, de peur de pénétrer dans le crâne.

Depuis trois jours qu'il est opéré, ce malade va très-bien, et le seul soupçon qui me reste, c'est de savoir si la portion du pédicule que j'ai dû respecter ne contribuera pas plus tard à reproduire la tumeur. C'est là une simple question que je me pose sans pouvoir y répondre, faute d'expérience suffisante.

Une rainure de la face antérieure de la tumeur servait à loger le nerf sus-orbitaire, qui se trouvait tiraillé. De là, les douleurs vives éprouvées par le malade sur le trajet de ce nerf.

M. LEGOUEST. J'accepte d'autant mieux la réserve faite par M. Verneuil au sujet de la pathogénie de ces tumeurs, qu'au Val-de-Grâce on possède une exostose de ce genre du volume du poing, entièrement éburnée et n'offrant aucune trace de pédicule.

J'ai enlevé une exostose éburnée des fosses nasales qui semblait, au premier abord, n'avoir pas de pédicule. Un examen minutieux permit de constater qu'il y en avait eu un, seulement celui-ci, relativement petit, avait été spontanément détruit par la carie.

M. Cloquet m'a dit avoir souvent retrouvé, dans le pédicule des soi-disant polypes osseux des fosses nasales, une lame osseuse ou des noyaux osseux.

M. GIRALDÈS, ayant examiné un grand nombre de sinus frontaux, maxillaires, sphénoïdaux, a toujours trouvé la tumeur adhérente à l'os, et cela, dès son début. Il repousse conséquemment l'origine muqueuse de ces exostoses, qui sont toutes des ostéophytes.

On sait que non-seulement la muqueuse, mais même la couche périostale, sont inaptes à reproduire cette forme de tumeurs. Les prétendues tumeurs osseuses de la muqueuse ne sont que des masses *fibreuses calcifiées* ; et quant au périoste, il produit de simples lamelles d'ossification sous forme de dentelle.

M. GUYON signale un cas de polype calcifié des fosses nasales qu'il a opéré, et qui, par sa disposition en lamelles entre-croisées, simulait au premier abord une masse de sequestres osseux. L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'un tissu calcifié.

PRÉSENTATION DE MALADES

Hypertrophie ganglionnaire cervicale multiple ayant envahi toute une moitié du cou, chez un jeune homme de 18 ans. — M. BROCA désire consulter la Société, non sur l'opportunité de l'opération, qui lui paraît nécessitée par le développement rapidement croissant de cette énorme masse (18 mois), et par la menace de voir survenir d'un jour à l'autre des accidents de dyspnée et de dysphagie, mais bien sur le danger qui pourrait résulter d'une plaie aussi vaste au milieu des conditions nosocomiales mauvaises dans lesquelles nous nous trouvons habituellement placés.

Pour diminuer ce danger, M. Broca a songé à deux opérations successives, en attaquant isolément la masse qui est placée derrière le sterno-mastoïdien, puis celle plus volumineuse qui se trouve au-devant de ce muscle et qui s'étend depuis la région parotidienne jusque près de la clavicule. Il ne se dissimule pas les difficultés opératoires qu'il aura à rencontrer à cause des rapports profonds de la tumeur avec les gros vaisseaux et les nerfs du cou, mais ce qui l'effraye surtout, c'est la grande étendue du traumatisme, s'il se décidait à enlever le tout en une seule séance.

M. DESPRÈS pense que le mieux est de s'abstenir de toute opération, en se fondant pour cela sur un cas malheureux qu'il a vu opérer dans le service de M. Nélaton par M. A. Richard.

Dans le fait auquel M. Desprès fait allusion, dès le début de l'opération il est survenu une hémorrhagie veineuse tellement abondante, qu'elle força le chirurgien de laisser l'opération inachevée, en se contentant de bourrer la plaie avec de la charpie.

Le malade mourut au bout de 48 heures, avec tous les signes d'une infection purulente suraiguë.

M. GIRALDÈS croit l'opération possible, et n'est pas aussi effrayé de l'hémorrhagie que M. Desprès, qui n'a vu qu'un cas véritablement exceptionnel. En procédant non par incision, mais par énucléation des ganglions, l'un après l'autre, on sera à peu près certain d'éviter l'hémorrhagie. Il croit qu'il faut agir de suite, attendu que si la masse continuait à s'hypertrophier avec la même rapidité que par le passé, et si surtout elle venait à s'enflammer, les difficultés opératoires pourraient devenir insurmontables.

Sans doute on ne devra pas se flatter de tout enlever, car il y a dans ces cas de tout petits ganglions profonds, qui se prolongent parfois jusque derrière le pharynx et l'œsophage, mais au moins

on débarrassera l'individu de la masse principale de la tumeur, sauf, plus tard, à pratiquer une opération complémentaire si ces petits ganglions ou d'autres venaient à s'hypertrophier à leur tour.

M. Giraldès, en vue de faciliter l'opération, conseille, au besoin, de couper le muscle sterno-mastoïdien. Ce qu'il fit parfois.

Il dit avoir eu à opérer deux fois des masses ganglionnaires aussi volumineuses, chez un enfant de 8 ans et chez un autre de 10 ans, et cela avec succès. Seulement, chez l'un d'eux il y eut récidive, et lorsque l'enfant lui fut présenté, un an plus tard, la masse avait acquis un tel volume qu'elle a fini par l'étouffer.

M. TRÉLAT conseille l'abstention, attendu que si l'énucléation de chaque ganglion dans sa loge propre est chose facile, il n'en est pas moins vrai que pour avancer d'une loge dans une autre, et ainsi de suite, il faut traverser des cloisons mitoyennes pourvues de gros vaisseaux, et c'est là que gît précisément le danger. Il est à noter, en outre, que la plaie qui en résultera sera profonde et sinueuse, alors même qu'on se bornera à faire une ablation partielle : pour toutes ces raisons, il est opposé à l'opération sanglante dans ce cas.

Les courants électriques continus, vantés dans ces derniers temps, pourraient être essayés sans danger. Mais il manque d'expériences suffisantes à l'égard de l'efficacité réelle de cette méthode, dans un cas aussi grave.

M. LEGOUEST partage entièrement l'avis exprimé par M. Giraldès, et croit, comme lui, que l'opération sera facile.

Il a eu l'occasion, comme chirurgien d'armée, d'enlever un grand nombre de ces tumeurs, sans hémorrhagie inquiétante et toujours avec succès.

L'hémorrhagie et les difficultés opératoires ne sont à craindre que lorsque la tumeur s'est enflammée. Voilà pourquoi il est d'avis que l'on opère le plus tôt, et cela en faisant une seule opération radicale.

M. MARJOLIN craint que l'opérateur ne rencontre dans ce cas de grandes difficultés. De plus, la disposition constitutionnelle du sujet, chez lequel, dans l'espace de 18 mois, les ganglions pharyngo-laryngés, parotidiens, sus-claviculaires, sous et rétro-mastoïdiens, ont été pris à ce point, n'est pas faite non plus pour encourager le chirurgien à une opération qui pourra être forcément partielle.

M. FORGET partage les idées de M. Marjolin, et dit avoir vu Roux être obligé de lier la carotide primitive pour arrêter l'hémorrhagie. Le malade a succombé.

La tumeur est en outre, en ce moment, en pleine croissance, ce

qui suppose une vascularité assez grande, capable d'inspirer des craintes.

M. LARREY. Une longue expérience et les travaux qu'il a entrepris sur les tumeurs ganglionnaires lui représentent cette tumeur comme très-opérable; et la seule chose qui lui inspire des craintes, c'est la disposition constitutionnelle de ce jeune homme.

Dans son opinion, il faudrait insister, avant d'opérer, sur le traitement général par les toniques et l'iodure de potassium. Et quant à l'opération en elle-même, on n'enlèverait la masse que par portions, en ayant soin de tordre ou de lier chaque pédicule des ganglions pour éviter l'hémorrhagie.

On pourrait au besoin, avant l'opération, essayer de mobiliser les ganglions à l'aide d'un massage approprié, ainsi qu'il l'a préconisé dans le temps.

M. GIRALDÈS soutient que des raisons mises en avant par M. Forget pour conseiller l'abstention, aucune n'est faite pour faire changer d'opinion à un chirurgien. Si Roux et Lisfranc ont eu à enregistrer des revers et des hémorrhagies graves, cela tient à ce qu'ils opéraient par dissection et non par énucléation des ganglions.

M. TRÉLAT désire préciser la question en disant que ce qui l'arrêterait, ce n'est pas la difficulté, mais bien le danger de l'opération.

M. BROCA, de tout ce qui a été dit par ses collègues, croit devoir conclure que l'opération est indiquée et qu'elle pourra être entreprise sans crainte d'accidents immédiats.

Le danger réel sera la trop grande étendue de la plaie, dans un milieu aussi désastreux que celui de nos hôpitaux, et c'est précisément pour le conjurer qu'il se décidera à enlever la tumeur à deux reprises différentes, en attaquant d'abord la portion la moins grosse, située derrière le sterno-mastoïdien, puis celle placée au-devant de ce muscle.

Afin d'éviter d'enflammer la masse, il se propose, en outre, de faire cesser les applications de teinture d'iode, qu'il avait prescrites plutôt pour faire patienter le malade que comptant sur l'efficacité réelle de celles-ci.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 25 MAI 1870

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : Le *Sud médical*.

— *Wiesbade, ses eaux thermales salines, au point de vue médical*, par le docteur H. Roth, traduit de l'allemand, par J. P. Magnin.

— *Calculs mixtes du périnée et des voies naturelles de l'urine*, par le docteur Bourdillat, brochure de 14 pages.

— *Traité pratique des maladies de l'oreille*, par A. de Treltsch, professeur à Wurzbourg, traduit de l'allemand, par les docteurs A Kuhn et D. M. Lévy.

— M. le doyen de la Faculté de Strasbourg adresse à la Société les 120 thèses soutenues devant cette Faculté en 1869.

— MM. les docteurs Just Lucas-Championnière et A. Pomier adressent chacun deux exemplaires de leurs thèses inaugurales pour le prix Duval. Ces thèses ont pour titre : 1° *Lymphatiques utérins et lymphangite utérine ;* 2° *Étude sur l'iridectomie*.

COMMUNICATION

M. GIRAUD-TEULON communique à la Société le résultat d'un travail qu'il a entrepris, en vue de démontrer l'exactitude de la loi de Donders sur les mouvements physiologiques des yeux. Bien que la nature mathématique du sujet ait engagé M. Giraud-Teulon à en faire part à l'Académie des sciences, il ne croit pas abuser des instants de la Société de chirurgie en lui communiquant les résultats auxquels il est arrivé, et qui intéressent aussi bien la physiologie que la pathologie oculaires.

On sait que jusqu'au jour où, observant les inclinaisons éprouvées par les images persistantes sur la rétine, lors des mouvements

directs et obliques du regard associé, Donders eut fondé la mécanique des mouvements oculaires, la plus grande obscurité enveloppait ce mécanisme. Si l'on en excepte les mouvements directs dans le plan horizontal et produits naturellement par l'action si simple des muscles droits externe et interne, on peut dire qu'on ne savait rien de tous les autres et qu'on était même dans l'impossibilité de dire si, lors du transport de la pupille en haut ou en bas, le globe obéissait à une rotation autour d'un axe fixe, ou bien éprouvait dans ce mouvement une torsion, une inclinaison quelconques. Toute obscurité cessa, au contraire, et la science fut en possession d'une théorie aussi féconde qu'élégante, lorsque Donders eut établi en 1847 les principes suivants :

« I. Lors du mouvement des deux yeux dans le parallélisme, le regard porté vers l'horizon, et s'exécutant dans les plans cardinaux horizontal ou vertical, les méridiens primaires des yeux (ceux qui lors du regard direct à l'horizon sont déterminés par ces deux plans horizontal et vertical médian), ces méridiens primaires, disons-nous, conservent pendant tout le mouvement leur horizontalité ou leur verticalité.

« II. Dans les mouvements diagonaux ou obliques, ces deux méridiens demeurant dans les deux yeux toujours respectivement parallèles, s'inclinent au contraire sur la verticale ou l'horizontale, d'un certain angle qui ne dépend que du degré d'obliquité et de hauteur de la direction du regard.

« Le sens de cette inclinaison est tel que l'extrémité du méridien vertical primaire la plus voisine de la direction du point de mire se porte du côté de ce même point de mire. »

Un ouvrage récent dont le titre seul exerce la plus légitime autorité, l'*Optique physiologique* de notre illustre collègue M. Helmholtz, tout en paraissant accepter ces lois, menace de leur porter un coup décisif et mortel.

En parfait accord apparent avec l'éminent physiologiste d'Utrecht, l'illustre professeur de Heidelberg tire des mêmes expériences une conclusion absolument opposée à celles formulées par le premier observateur. Pour lui, l'inclinaison observée dans les méridiens primaires, lors des mouvements obliques ou diagonaux, aurait lieu pour le méridien vertical ou sagistal dans le sens indiqué par M. Donders. Mais le méridien primaire horizontal éprouverait dans le même temps une inclinaison contraire. De telle sorte que, lors d'une même direction oblique du regard, l'angle dièdre des deux méridiens primaires, angle que l'on devait supposer constant et droit, et qui

reste tel dans les lois de Donders, deviendrait obtus d'un côté du plan vertical, aigu de l'autre côté.

La théorie si féconde d'Utrecht ne pouvait plus subsister en présence de la *restriction* qu'y apportait M. Helmholtz. Suivant, en effet, que l'on interprétait les expériences (exactes, du reste), en s'attachant au méridien vertical, ou, au contraire, au méridien horizontal, on était forcément conduit à des résultats diamétralement opposés. Où l'École d'Utrecht voyait le globe tourner à droite, celle de Heidelberg le voyait tourner à gauche ; où l'une disait blanc, l'autre énonçait noir. Voilà, ce nous semble, les facteurs indiscutables d'une contradiction des mieux réussies.

Cette contradiction ne pouvait en somme échapper à ses auteurs ; aussi M. Helmholtz exposait-il en parallèle un nouveau principe posé par Listing, principe auquel il se rattachait, et au moyen duquel l'école entière pouvait passer entre le méridien vertical et le méridien horizontal.

« Puisque, disait Listing, lors du regard oblique, les méridiens primaires s'inclinent en sens contraire l'un de l'autre, c'est qu'il existe une certaine direction intermédiaire, pour laquelle les méridiens correspondants ne s'inclinent point; et cette direction intermédiaire, c'est celle même que suit le regard. »

M. Helmholtz, acceptant la suggestion de ce physiologiste, concluait alors avec lui que, « dans les directions obliques, la rotation de l'œil s'exerce autour d'un axe fixe, dont la direction est perpendiculaire à la ligne du regard dans ses deux positions initiale et terminale. »

Ce principe a reçu le nom de *loi de rotation de Listing*.

Et nous ajouterons que les expériences instituées par MM. Helmholtz et Listing *semblent* la justifier. Les images rétiniennes persistantes *paraissent* en effet demeurer sans inclinaison sensible dans les méridiens intermédiaires définis par Listing.

Ainsi donc, qu'on s'arrête à l'interprétation première de M. Helmholtz et donnée par lui sur les indications fournies par le méridien horizontal ; que l'on adopte la proposition de Listing, l'une et l'autre des conclusions sont en flagrant conflit avec la loi de Donders.

Il importait autant à la physiologie qu'à la pathologie qu'un tel dissentiment, dissimulé sous un accord décevant, reçût sa solution. Si nous ne nous trompons, ce conflit prend uniquement sa source dans un certain vice fondamental des expériences instituées. Toutes ces images accidentelles ou persistantes, dont l'observation a dicté ces lois contraires, ont été étudiées par projection sur une tenture verticale posée en face de ces expérimentateurs.

Or ces projections ne sont des projections géométriques que pour la position initiale de l'expérience. Dans les mouvements obliques du regard, la tête de l'observateur demeurant fixe et parallèle au plan de la tenture, lesdites projections deviennent de simples intersections planes obliques ; et si, dans ces coupes faites par un plan vertical (celui de la tenture), les traces verticales conservent naturellement leur signification, il n'en est plus de même des traces horizontales ou inclinées.

Pour obtenir des relations exactes, une fidèle reproduction des modifications angulaires dont étaient susceptibles les inclinaisons absolues ou relatives des méridiens primaires, il eût fallu employer un système de *projections constamment orthogonales*.

Or, les mêmes expériences répétées par nous, dans ce système, sur une tenture demeurant perpendiculaire à la direction du regard, tant dans la position terminale que dans la direction initiale, démontrent immédiatement et invariablement que les inclinaisons de *tous les méridiens* ont lieu, pour chaque mouvement, *sous un même angle et dans le même sens*, pour tous ces méridiens, et dans la direction annoncée par Donders pour le primaire vertical. La contradiction observée entre les rotations des méridiens vertical et horizontal par MM. Helmholtz et Listing, et attribuée par eux aux torsions mêmes de l'œil, était uniquement due aux fausses indications apportées par le système des projections obliques.

Ce n'a pas été sans une grande satisfaction d'esprit que nous avons vu de cette discussion et des expériences sortir intacte la belle et précieuse loi de Donders, et c'est le désir de vous faire partager ce sentiment qui m'a porté à vous arrêter quelques instants sur des sujets spéciaux un peu en dehors de vos préoccupations ordinaires.

Cas de version spontanée. — M. BLOT. Il s'agit d'une jeune femme enceinte pour la *seconde* fois. Appelé auprès d'elle, M. Blot trouve le col complétement dilaté, bien que le travail ne datait que de quelques heures seulement. Une forte poche d'eau remplissait l'excavation pelvienne.

Le palper abdominal permit de sentir la tête dans la fosse iliaque gauche, avec le dos en arrière (position céphalo-iliaque gauche, épaule gauche). Dans la pensée de M. Blot, une version allait être nécessaire, aussi prit-il grand soin de ne pas toucher à la poche, jusqu'au moment où il devait agir.

Revenant auprès de la femme une heure après, accompagné de M. Tarnier, ils ont pu constater nettement que le fœtus avait changé

de position, et que la tête, quoique très-élevée, s'était dirigée en bas.

Le fœtus maintenu dans cette position favorable par M. Tarnier, M. Blot perça la poche des eaux et vit s'écouler du liquide en abondance, mêlé avec du méconium.

La tête une fois bien engagée, on jugea à propos d'appliquer le forceps, d'autant plus qu'il s'agissait d'une position occipito-postérieure. Après avoir chloroformisé la malade, l'on a extrait sans difficulté un enfant vivant.

M. Blot ajoute que c'est le premier cas de version spontanée très-nette qu'il lui a été donné de voir.

M. TARNIER, sans nier en rien les faits signalés par M. Blot, pense qu'ils sont susceptibles d'une interprétation différente. Pour qu'il y ait véritablement version spontanée, il faut qu'au préalable la présentation de l'épaule au détroit supérieur se soit faite. Toutes les fois, au contraire, que le fœtus reste au-dessus du détroit, comme dans le cas de M. Blot, la présentation n'est pas encore déterminée, et le fœtus peut affecter toute espèce d'inclinaison, ainsi que cela s'observe assez souvent chez les femmes multipares.

En somme, M. Tarnier croit qu'il s'agissait ici d'une position indéterminée s'étant terminée par la présentation céphalique, ainsi que cela est la règle, d'après M. Dubois.

M. BLOT croit à l'interprétation qu'il a donnée. Tout ce qu'on pourrait objecter à la spontanéité de la version dans le cas dont il s'agit, c'est qu'on a bien aidé un peu en maintenant le fœtus dans la bonne position, jusqu'à ce que la tête s'engageât.

COMITÉ SECRET

La Société se réunit en comité secret, à quatre heures et demie, à l'effet d'entendre le rapport de la commission sur les titres des candidats à la place vacante de membre titulaire.

Les conclusions de la commission sont :

1° La présentation des candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne : MM. P. Horteloup et Lannelongue.

En deuxième ligne : M. Dubreuil.

2° L'insertion dans les Bulletins de l'observation de tétanos présentée par M. Dubreuil.

Voici cette observation :

Tétanos traumatique guéri par le chloral et les courants continus. — MM. DUBREUIL, LAVAUX et ONIMUS. Le 3 mars, j'ai été appelé par le docteur Lavaux pour voir un malade qui était atteint du tétanos.

Cet homme, âgé de 30 ans, avait été blessé, le 16 février, à la main gauche, par une scie circulaire qui lui avait ouvert l'articulation de la première avec la deuxième phalange du pouce, et avait aussi légèrement entamé le côté interne de l'index.

Pendant 10 jours, ce malade, qui était traité par un pharmacien, ne ressentit rien de particulier; mais le 26 février, à la suite de l'application sur la plaie d'une substance irritante, il fut pris de trismus et de douleurs le long de la colonne vertébrale.

Ces phénomènes augmentant, il consulta le docteur Lavaux, qui prescrivit l'application d'un cataplasme sur la plaie, et l'administration, à l'intérieur, de bromure de potassium et de l'extrait de belladone.

Quand je vis le malade, le pouls battait 120 pulsations par minute; le corps était inondé de sueur.

Les muscles élévateurs des mâchoires, et tous ceux des régions antérieures du cou, du thorax et de l'abdomen, étaient contractés sans être cependant le siége de bien vives douleurs. Il n'y avait pas de secousses tétaniques.

La respiration se faisait par le diaphragme.

Le malade fut immédiatement soumis à l'usage de l'hydrate de chloral en potion, à la dose de *six* grammes par jour.

Nous priâmes en outre le docteur Onimus de vouloir bien appliquer les courants continus, ce qu'il fit avec la pile au proto-sulfate de mercure, en ayant soin de n'employer que les courants descendants.

Tous les détails, jour par jour, de l'état du malade, ont été consignés dans l'observation que j'ai déposée, et que sa longueur ne me permet pas de lire ici.

L'administration du chloral fut suivie d'une diminution considérable du nombre des pulsations et d'une rémission dans la contracture. Le malade resta en outre dans un état de demi-somnolence. Quant aux courants continus, ils déterminaient, au moment de leur application, une détente complète qui persistait un certain temps après, puis la contraction se reproduisait.

Pendant l'électrisation, on voyait les côtes se mouvoir normalement, tandis que la contracture les maintenait d'ordinaire immobiles.

L'amélioration obtenue dès les premiers jours persista sans augmentation notable jusqu'au 12 mars ; le 9, l'électricité avait été supprimée.

Le 12, le docteur Lavaux suspendit aussi l'administration du chloral. A onze heures du soir, passant devant la maison du malade, il entra le voir, et au moment même, survint une crise caractérisée par une contracture générale et un arrêt complet de la circulation et de la respiration. Le corps se couvrit d'une sueur froide.

Le docteur Lavaux, saisissant les électrodes de la machine qu'il avait heureusement sous la main, les appliqua sur la colonne vertébrale, en portant immédiatement le courant à son maximum d'intensité.

Sous cette influence, le cœur recommença à battre, une respiration stertoreuse souleva la poitrine du malade; les muscles s'étendirent.

La cure avait duré environ cinq minutes, et notre confrère affirme que, pendant au moins une minute, il n'y a eu ni battement du cœur ni respiration.

La séance d'électrisation fut continuée pendant deux heures; le chloral fut immédiatement repris et porté à la dose de *huit* grammes dans les vingt-quatre heures.

L'amélioration persistait et augmentait lorsque, le 18 mars, par suite du manque de chloral à la pharmacie qui le fournissait d'habitude, le malade fut privé de ce médicament.

Le lendemain, la contracture reparaissait, se généralisait et envahissait les muscles des membres supérieurs et inférieurs ; le pouls remontait à 110.

Nous administrâmes alors *seize* grammes de chloral en vingt-quatre heures; l'électricité fut continuée.

Le 20 mars, la contracture diminuait, et cette fois le mieux était définitif.

Le 2 avril, la plaie était cicatrisée, et le 13, le malade, qui habite un passage voisin de la rue de Puebla à la Villette, allait à pied à Lariboisière, faire constater sa guérison par le professeur Verneuil.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

SÉANCE DU 1er JUIN 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine ; — le *Bulletin de thérapeutique* ; — la *Gazette médicale de Strasbourg* ; — le *Journal de médecine de l'Ouest* ; — le *Marseille médical*.

— *Mélange d'orthopédie*, par le docteur Dubreuil, chirurgien des hôpitaux.

— *Des diverses méthodes de réunion des plaies intestinales*, par le docteur Bérenger-Féraud.

— *Des accidents causés par l'extraction des dents*, par le docteur Delestre.

— *Mémoire sur le rapport existant entre le volume des enfants et leur résistance vitale dans l'accouchement*, par le docteur Villeneuve (de Marseille).

— *Médecine cantonale. Rapport pour* 1869, *au nom du Comité consultatif du département de la Sarthe*, par M. le docteur Mordren (du Mans).

— *Compte rendu trimestriel de l'institut gymnastique et orthopédique de Berlin*, par H. W. Berend.

— *Dello strappamento incruento delle grandi arterie*, par Luigi Porto (de Milan).

— *Thoughts ou chronic inversion of the utérus, by* Henry Miller (de Louisville).

— M. Dauvé, médecin-major de l'armée : une série de pbotograpbies sur des observations envoyées à la Société antérieurement par lui.

Nécrose du maxillaire inférieur. — Élimination du séquestre et restauration spontanée. — M. LE Dr COUSTURIER (de Le Leu, Sarthe). La femme G..., âgée de 35 ans, couturière,

mariée depuis treize ans, mère de cinq enfants, a vu sa santé s'altérer sous l'influence de ses grossesses, de l'allaitement, de la misère la plus profonde, des scènes de violence d'un mari ivrogne, et dernièrement du chagrin occasionné par la perte d'un enfant de 3 ans, mort l'été dernier (1869), d'une méningite par insolation.

Elle est devenue sujette à des douleurs d'estomac et à des crises nerveuses. Il y a quatre ans, lors de sa dernière grossesse, elle a eu des névralgies dentaires qui ont été calmées avec des sangsues, du sulfate de quinine et de l'opium. Pendant le cours de sa dernière grossesse, au 7e mois (décembre 1869), elle a été reprise de douleurs dans la mâchoire inférieure, du côté droit, avec fluxion. Il a été fait plusieurs piqûres sans rencontrer d'abcès; plusieurs dents ont été enlevées.

Les douleurs et le gonflement ont persisté, ne laissant à cette malheureuse ni repos ni moyen de se nourrir. Elle était arrivée, au moment de son accouchement (8 février 1870), à un état d'épuisement extrêmement inquiétant. Néanmoins elle accoucha heureusement.

A cette époque, les alvéoles faisaient saillie au-dessus des gencives. La nécrose était certaine; on pouvait même, grâce à une certaine mobilité, en fixer les limites à droite et à gauche ; mais il n'était pas possible de déterminer si elle occupait toute la hauteur de l'os.

J'ai cessé de voir cette malade jusqu'au jour où le maxillaire inférieur, émergeant entre les gencives dans toute sa hauteur et dans une longueur de 11 centimètres, est venu former comme un bâillon au-dessus de la bouche (27 mai 1870).

Il a suffi d'un léger effort avec les doigts pour le détacher; il s'est à peine écoulé quelques gouttes de sang.

Sous le séquestre éliminé, un os s'était reproduit de manière à conserver la forme des joues, et à permettre à la pauvre femme de parler, de conserver sa salive.

Cet os a moins de hauteur que l'os ancien ; il est complétement recouvert par les gencives; la seule partie qui n'y soit pas adhérente est le rebord festonné que séparait la base du séquestre au moment de sa chute.

Cette femme ne peut manger que des potages. On ne peut guère espérer que la nouvelle mâchoire acquière une consistance suffisante pour mâcher. Les dents qui restent aux deux mâchoires, en se touchant, laissent nécessairement un vide le long de l'os nouveau. Si l'intérêt que peut exciter cette femme pouvait lui faire obtenir un appareil

destiné à combler la lacune que j'ai signalée, j'enverrais une empreinte des mâchoires.

Aujourd'hui, la femme G... se trouve débarrassée d'un corps étranger qui répandait une odeur infecte. Elle est si heureuse qu'elle croit à peine à sa guérison. Elle avoue qu'au milieu de ses horribles souffrances, la pensée de ses enfants l'a seule empêchée de se laisser mourir de faim.

LECTURE

M. LE Dr CASIN lit un travail sur les *lipomes sous-péritonéaux*. (Renvoyé à une commission composée de MM. Chassaignac, Huguier et Tillaux.)

M. PANAS communique, de la part de M. le professeur LAUGIER, l'observation suivante :

Écrasement d'orteils. — Tétanos traumatique ayant duré trois jours et demi. — Traitement par le chloral. — Mort. — Autopsie. (Observation recueillie par M. Chrétien, interne du service.) — Eugène-Nicolas G..., modeleur, âgé de 27 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 19 avril 1870, salle Sainte-Marthe, n° 49.

Le malade a reçu la veille une violente contusion du pied gauche, due à la chute d'une barre de fer. Le 4e orteil et les parties voisines du 3e et du 5e sont violemment contus et insensibles ; pas de fracture. La contusion a également produit, au niveau de la partie antérieure du premier espace intermétatarsien, une plaie n'intéressant que la peau, parallèle à l'axe du pied, et qu'on dirait, pour sa régularité, faite avec un instrument tranchant. Pas d'hémorrhagie ; peu de douleur ; quelques crampes dans les muscles de la jambe et du pied.

Traitement : cataplasme ; repos.

21 avril. — Mortification du 4e orteil et des parties voisines du 3e et du 5e, qui prennent l'aspect de gangrène sèche.

27 avril. —A la visite du soir, le malade se plaint d'une gêne de la mastication. On constate une rigidité de la mâchoire inférieure, permettant au plus un écartement de 1 centimètre.

28 avril (matin). — Même trismus. Le malade se plaint d'un point douloureux siégeant à la partie latérale gauche de l'épigastre. Peau moite ; calorique 37° ; pouls 96.

28 avril (six heures du soir). — Même trismus. Contracture violente des muscles abdominaux. Ils sont le siége d'une douleur mo-

dérée, devenant très-vive lorsque, par moment, la contracture s'exagère; la miction se fait facilement. Gène de la respiration lors des crises. On peut les provoquer en découvrant ou en pinçant le malade. On observe à un égal degré, sur les deux membres inférieurs, les phénomènes suivants : la sensibilité, au contact, n'est pas altérée; la sensibilité, au froid, est très-exagérée. Des piqûres d'épingle très-lègères, des pincements légers provoquent une sensation très-douloureuse, accompagnée de mouvements réflexes immédiats, saccadés, limités aux membres inférieurs, et comparables à ceux qu'on obtient chez un animal sous l'influence de la strychnine. La piqûre et le pincement des autres parties du corps ne produisent pas de phènomènes analogues. Pas de rachialgie ; pas de douleur à la compression des nerfs du membre lésé. Pupilles dilatées. Transpiration. Calòrique 38°,2. Pouls 100.

Traitement : Couvrir le malade de duvet ; boissons sudorifiques ; frictions avec la pommade belladonée sur les muscles contracturés; potion avec *quatre* grammes d'hydrate de chloral.

28 avril (minuit). — Même état. On constate que, depuis l'administration du chloral, les mouvements réflexes des membres inférieurs ne se produisent plus après leur excitation, bien que l'hyperesthésie signalée plus haut persiste.

Julep avec chloral, *deux* grammes.

Donc, le 28, le malade a pris en tout *six* grammes de chloral.

29 avril (matin). — La contracture reste limitée aux muscles primitivement envahis. Insomnie malgré l'administration du chloral; crises assez fréquentes. Transpiration. Calorique, 38°1. Pouls, 112.

Traitement : Julep avec *quatre* grammes de chloral.

Injection hypodermique de *un* centigramme de chlorhydrate de morphine. On continue les onctions belladonées et les sudorifiques.

29 avril (six heures). — Le malade accuse un grand mieux ; les crises ont diminué en nombre, en durée et en intensité. Le trismus reste le même ; mais les parois abdominales présentent une roideur moindre. Nous avions vu hier soir qu'après l'administration du chloral les mouvements réflexes des membres inférieurs avaient disparu, l'hyperesthésie persistant : cette dernière, très-diminuée ce matin, a disparu ce soir. Le malade a pris volontiers plusieurs bouillons et du vin. Calorique, 38°8. Pouls, 124.

Traitement : Chloral, *deux* grammes. Injection sous-cutanée de *un* centigramme de chlorhydrate de morphine. — Sudorifiques et onctions belladonées.

29 avril (minuit). — Sommeil calme.

Le malade a donc pris aujourd'hui *six* grammes de chloral, plus *deux* centigrammes de chlorhydrate de morphine.

30 avril (matin). — Les crises ont reparu dans la seconde moitié de la nuit et continuent ce matin. Parois abdominales tendues. Pas de dysphagie ni de dysurie. Calorique, 38°3. Pouls, 120.

Traitement : Chloral, *quatre* grammes. Chlorhydrate de morphine, *deux* centigrammes en injection sous-cutanée.

30 avril (6 heures). — Crises fréquentes. Faiblesse grande. Dysphagie. Pouls plein, mais dépressible et inégal. Calorique, 39°2. Pouls, 164.

Traitement : Chloral, *quatre* grammes. Injection sous-cutanée de *deux* centigrammes de chlorhydrate de morphine.

30 avril (minuit). — Sommeil assez calme.

Le malade a donc pris en tout aujourd'hui *huit* grammes de chloral, *quatre* centigrammes de chlorhydrate de morphine.

1er mai (matin). — Nuit calme. Intégrité des facultés intellectuelles, pas de somnolence, mais affaiblissement considérable, faciès abattu, narines pulvérulentes. La respiration n'a pas cessé d'être facile. Contracture des muscles abdominaux disparue presque complétement. Dysphagie. Le pouls est plein, mais dépressible, inégal, avec une intermittence chaque dix pulsations. Calorique, 38°9. Pouls, 132.

Traitement : Alimentation au jus de viande, vin de Bagnols. Pas de chloral ni d'injection hypodermique.

Le malade meurt à trois heures de l'après-midi : la mort est subite, au moment où il buvait.

Autopsie. — Rigidité cadavérique intense, limitée exclusivement aux deux membres inférieurs seuls. Encéphale, bulbe : rien. Le système veineux du canal rachidien est gorgé de sang noirâtre. Moelle : pas de ramollissement, mais congestion remarquable de ses vaisseaux superficiels et profonds, surtout dans sa partie inférieure. Les branches terminales des nerfs saphène externe et musculo-cutané ne présentent aucune lésion. Appareil digestif : rien; ni congestion, ni inflammation de sa muqueuse, malgré l'action plusieurs fois constatée du chloral. Cœur : ventricules complétement vides; les deux oreillettes sont gorgées de caillots noirâtres. Rupture des deux muscles droits de l'abdomen, un peu au-dessous de l'ombilic : la rupture a une forme angulaire, à sommet regardant en haut; les bords en sont inégalement déchirés et séparés par du sang en partie coagulé. Pas d'altération musculaire à l'œil nu.

L'examen microscopique de la moelle, des nerfs émergeant de la plaie et des muscles rompus sera fait ultérieurement, ces pièces ayant besoin de séjourner pendant un certain temps dans l'acide chromique dilué.

M. DESPRÈS trouve dans cette observation la confirmation de ce qu'il avait avancé : à savoir, l'absence de lésions à l'œil nu, et l'existence d'un élément infectueux, la gangrène de la plaie ayant précédé le développement du tétanos grave.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. SÉE présente un malade porteur d'une large plaie bourgeonnante de toute la face antérieure de l'avant-bras et chez lequel il pratiqua, avec le concours de M. Reverdin, une *douzaine* de greffes épidermiques qui ont prospéré. Aujourd'hui, on y constate autant d'îlots de cicatrices de la largeur d'une pièce de cinquante centimes à celle de deux francs.

M. VERNEUIL croit à l'avenir de la méthode, non-seulement pour activer le travail d'épidermisation, qui parfois est interminable, mais aussi en vue de s'opposer à l'agglutination des lèvres opposées des cicatrices commissurales et des brides. M. Verneuil voudrait être édifié si l'on greffe réellement l'épiderme, ou bien la couche superficielle du derme, auquel cas le mot greffe épidermique serait naturellement impropre.

M. GUÉRIN et M. SÉE affirment que la greffe en question se fait exclusivement avec la couche épidermique. Il est à noter que les cellules du corps de Malpighi sont seules capables de se reproduire et que l'on doit aller jusqu'à la surface du derme, si l'on veut que l'opération réussisse.

M. SÉE insiste sur la disparition apparente du petit lambeau épidermique greffé dans les premières quarante-huit heures. Cela tient sans doute à l'exfoliation de la couche cornée de celui-ci; mais pendant ce temps les cellules du corps de Malpighi prolifèrent, et dès le troisième jour on voit les bourgeons charnus correspondants se déprimer et se recouvrir d'une espèce de vernis épidermique qui, les jours suivants, gagne en étendue et en épaisseur.

M. DESPRÈS croit que la greffe est du derme et non de l'épiderme.

M. LEFORT est du même avis ; et de plus, craignant de développer sur le lieu d'emprunt un travail érysipélateux, il repousse cette pratique, d'autant plus que l'application d'une rondelle de diachy-

lon, d'une feuille de plomb ou de tout autre corps étranger sur la surface des bourgeons charnus, provoquerait tout aussi bien le développement d'une couche épithéliale nouvelle.

M. BOINET croit pareillement que l'application de la bandelette fixatrice de diachylon, et non le mince lambeau épithélial, provoque la formation du nouvel épiderme à la surface de la plaie.

M. VERNEUIL oppose à cette manière de voir de M. Boinet que jamais des îlots d'épiderme ne se forment sur une plaie bourgeonnante, à moins que des portions de derme ne s'y trouvent, comme cela arrive souvent dans les brûlures.

M. GUÉRIN dit que dans les inoculations faites dans son service, on ne s'est pas servi de bandelette fixatrice, et la greffe n'a pas moins réussi pour cela.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 8 JUIN 1870

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : *L'Art dentaire*; — Les *Archives générales de médecine*; — Le *Sud médical*;

— *Mémoires et bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux*, t. IV, 2e fascicule;

— Docteur Reliquet : *Actions des courants électriques continus sur les spasmes de la vessie, de l'urèthre et des uretères causés par des graviers rénaux*;

— Docteur Ed. Simonin (de Nancy) : *Comparaison des résultats*

des grandes opérations faites par l'auteur avant et après l'emploi des anesthésiques. — Perforation du sternum par un anévrysme de l'aorte. — Luxation ischio-pubienne, réduction, guérison ;

— *Sunto ed esame dell'opera del barone ipp. Larrey : Études sur la trépanation du crâne,* par le professeur Franc. Cortèse ;

— *Étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchi-épididymite blennorrhagique,* par Ch. Mauriac. — La Société remercie ;

— *Essai sur les pseudarthroses consécutives aux fractures des membres et sur les moyens d'y remédier.* Thèse inaugurale par M. Gustave Puel ;

— Le docteur Puel adresse un travail manuscrit intitulé : *Observations de quelques cas intéressants de pratique chirurgicale.* — Renvoyé à une commission composée de MM. Le Fort, Desprès et Liégeois.

M. LABBÉ communique le fait suivant :

Observation d'hématocèle parenchymateuse. (M. le docteur Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.) — Pierre L..., journalier, âgé de 48 ans, entre le 10 octobre 1869 à l'hôpital de Lisieux pour une tumeur du testicule droit.

Cet homme, qui est habituellement d'une bonne santé, n'a pas maigri dans ces derniers temps, il ne tousse pas et n'a jamais craché de sang. Il n'a jamais eu ni chaude-pisse, ni affection syphilitique. Il est père de cinq enfants, et son dernier n'est âgé que de onze mois.

Il y a vingt ans, en émondant un arbre, il est tombé à califourchon sur une branche; il ressentit aussitôt une vive douleur dans le testicule droit, qui augmenta beaucoup de volume. Il n'y eut pas de coloration noire de la peau du scrotum. Il fut obligé de garder le lit pendant quatre jours seulement. Il put ensuite reprendre ses occupations, mais le testicule resta gros comme le poing, sans toutefois être le siége d'aucune douleur. Il y a douze ans, il reçoit un coup de pied de cheval dans le même testicule, la tumeur augmente de volume, ne se colore pas en noir; il garde le lit pendant trois ou quatre jours, puis il reprend ses occupations; peu à peu, la tumeur diminue et revient à son volume primitif.

Au mois d'août dernier, sans autre cause appréciable que la fatigue de son travail (il faisait la moisson) la tumeur se met à grossir et en huit jours elle double de volume. Il continue néanmoins à travailler. Enfin, il y a trois semaines, il est obligé de garder le

repos. Il éprouve alors de la difficulté à uriner, et, depuis, cette gêne dans la miction a persisté. En même temps il ne peut plus aller à la garde-robe. On le fait évacuer à l'aide de purgatifs, et quand il va à la garde-robe, il ne s'en aperçoit pas. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, son médecin pratique une ponction qui n'amène pas de liquide.

État actuel : 11 octobre. Le scrotum se présente sous l'aspect d'une énorme tumeur ovoïde à grand diamètre vertical ayant 40 centimètres de circonférence et 20 centimètres de hauteur. Cette tumeur est dure, fluctuante dans certains points, et présente quelques bosselures volumineuses, mais peu saillantes. Sur le côté gauche se trouve le testicule gauche, qui est sain et très-mobile. Cette tumeur n'est le siége d'aucun élancement, d'aucune douleur spontanée. Une forte pression n'y développe aucune douleur, aucune sensation caractéristique; le testicule sain présente la même particularité. Le cordon est sain et ne présente aucune induration. La peau est normale, elle est seulement parcourue par quelques veinules variqueuses. La verge a complétement disparu dans la masse de la tumeur. Si on soulève la tumeur, on sent qu'elle est très-pesante, et en effet elle cause au malade un sentiment de tiraillement très-douloureux dans les reins et jusque dans le dos quand il est debout. Il marche difficilement, et est obligé de soutenir sa tumeur avec un mouchoir.

Dans les deux aines, il y a quelques petits ganglions gros comme de petits haricots, mobiles, indolents, mais ils ne sont pas plus développés d'un côté que de l'autre.

Le ventre est tendu, la région hypogastrique saillante. Cette saillie est due à l'énorme développement de la vessie, qui remonte jusqu'à l'ombilic. Le malade n'urine que très-peu à la fois et par regorgement; il se plaint de souffrir dans le bas-ventre. Il y a six mois les fonctions de la génération s'accomplissaient encore régulièrement ; dans ces derniers temps elles étaient abolies.

Le malade étant chloroformisé, une incision longitudinale met à nu la tumeur, qui est énucléée rapidement. Le cordon est incisé à petits coups, une ligature est placée sur chaque vaisseau à mesure qu'il est divisé. Toute cette vaste plaie est lavée avec de l'alcool et pansée avec de la charpie imprégnée de ce liquide, puis le malade est sondé, et on retire de la vessie environ deux litres et demi d'urine. A l'aide d'un pansement approprié, les bourses sont maintenues relevées.

Le 12 octobre, le malade va très-bien. Il est apyrétique. Hier il

a dormi dans le jour; la nuit a été excellente. Il n'a pas uriné. La vessie est distendue. Cathétérisme. La vessie n'a pas de ressort, il faut presser sur les parois abdominales pour la vider. On place une sonde à demeure. Les jours suivants le malade va très-bien, a de l'appétit : vin de quinquina, rôti, vin de Bordeaux.

Le 14 octobre, il n'a pas eu de garde-robe depuis huit jours : *quinze* grammes de séné dans une décoction de pruneaux.

Le 15 octobre. Garde-robes nombreuses involontaires pendant la nuit. Il n'en a aucune conscience. La peau des bourses, de la verge et des fesses a conservé sa sensibilité normale.

Le 17 octobre. 5 à 6 garde-robes involontaires tous les jours, en dévoiement. La plaie devient grisâtre. — Diascordium, *quatre* grammes ; eau de riz ; potion avec sirop de quinquina au vin, et *quatre* grammes alcoolature aconit.

Le 19 octobre. Toujours de la tendance au dévoiement. Le malade s'affaiblit. La plaie a mauvais aspect. Toute la surface est touchée avec de la teinture d'iode ; pansement alcoolique.

Le 21 octobre. Le malade est pris d'un violent frisson avec claquement de dents; faiblesse de plus en plus marquée; persistance de la diarrhée et de l'atonie de la vessie.

Le 22 octobre, même état ; *subdelirium*.

Le 25 octobre. Langue noire fuligineuse. La peau prend une teinte jaunâtre. Il se plaint d'une douleur dans l'épaule droite. La peau est sèche et grisâtre. Les urines s'écoulent involontairement. Agitation, délire, frissons.

Le 28 octobre, il meurt dans la matinée.

Autopsie au bout de vingt-quatre heures : Roideur cadavérique prononcée ; teinte jaunâtre du cadavre. La plaie des bourses est grisâtre, sèche.

Le foie est hyperémié, mais on n'y trouve pas de traces d'abcès métastasique. La rate est assez volumineuse ; son tissu est ramolli, diffluent, mais ne renferme pas d'abcès. Les uretères sont du volume d'un grosse plume d'oie. Les reins sont hyperémiés, mais sains; les calices sont dilatés. La vessie, distendue, remplit tout le petit bassin, et remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Largement incisée, elle laisse échapper près d'un litre d'urine, et elle ne revient pas sur elle-même. Sa surface interne présente des arborisations et des plaques ecchymotiques; elle est ramollie et couverte d'un enduit muco-purulent. Les parois de la vessie sont amincies, ce qui tient à sa distension. La plèvre gauche renferme des fausses membranes infiltrées de pus. Le poumon corres-

pondant est fortement congestionné, surtout à sa base. Le poumon droit est sain; l'articulation sterno-claviculaire droite est pleine de pus; le tissu cellulaire de la partie supérieure du médiastin antérieur est infiltré de pus. L'examen le plus attentif du bassin et de l'abdomen n'a fait découvrir aucune altération des ganglions lymphatiques.

Examen de la tumeur. — La tumeur, incisée suivant son grand axe, laisse écouler de sa cavité centrale un demi-verre environ de sang noir, épais, semblable à de la mélasse. L'examen de la coupe nous permet de constater que l'enveloppe fibreuse formée par l'albuginée a de 2 à 3 millimètres d'épaisseur. De la face interne de cette membrane partent des cloisons fibreuses qui divisent la tumeur en plusieurs loges. L'une d'elles, la plus grande, située au centre et formant à elle seule plus du quart de la tumeur, contenait le sang qui s'est écoulé au moment de la section. Elle renferme encore des caillots sanguins, mous, ramollis au centre, mais durs, fibrineux, jaunâtres à la circonférence et rappelant l'aspect de ces caillots que l'on observe dans les tumeurs anévrysmales. Les autres loges de la tumeur contiennent un tissu amorphe formé par des caillots fibrineux, jaunâtres, fort anciens; entre elles, se trouvent des surfaces formées de tissu fibreux hypertrophié. Enfin, à la partie inférieure et antérieure est un tissu mou, grisâtre, qui paraît formé par la substance du testicule, lui-même hypertrophié. La pression de ces diverses parties ne donne lieu à aucun écoulement de suc lactescent miscible à l'eau. On ne retrouve aucune trace de l'épididyme.

Remarques. — La chronicité de la tumeur, son origine traumatique, le siége dans l'épaisseur même du parenchyme testiculaire avec atrophie de l'organe, la paralysie de la vessie et du rectum, enfin l'issue fatale de l'opération, font de cette observation un cas à part, différent de ceux publiés par Béraud dans son mémoire (*Archives générales de médecine*, 4e série, t. XXV), dans lesquels la lésion est de date toute récente.

M. Verneuil. Bien que l'examen à l'œil nu ait prouvé l'existence de caillots, il se pourrait qu'une analyse microscopique démontrât la nature cancéreuse de la tumeur. Deux testicules ainsi altérés, examinés par M. Verneuil, n'étaient que des encépbaloïdes avec de nombreux foyers apoplectiques.

M. Desprès croit qu'il s'agit d'une tumeur cancéreuse kystique

comme on en trouve des exemples dans la thèse de M. Gonche, de Lyon, et cite un cas du service de Nélaton, consigné dans les *Bulletins de la Société anatomique pour* 1860, où il s'agissait d'un cancer pris tout d'abord pour une hématocèle intratesticulaire.

M. DEMARQUAY admet la difficulté de se prononcer, et cite un cas où il avait cru à une hématocèle dans le parenchyme, alors qu'il n'avait réellement affaire qu'à une hématocèle vaginale.

M. GIRALDÈS se refuse à voir dans cette pièce une hématocèle parenchymateuse du testicule. En pareil cas, la substance testiculaire s'enflamme, ce qui n'a pas lieu ici.

M. Giraldès a été à même de voir, à l'hôpital Necker, une hématocèle parenchymateuse à la suite d'un écrasement du testicule par une main ennemie.

Il y eut douleur vive, rougeur, gonflement rapide, puis fluctuation qui nécessita une ponction, d'où il est sorti du sang liquide. Le volume de la tumeur allant en augmentant, on fit la castration, ce qui permit de constater qu'il s'agissait bien réellement d'une hématocèle traumatique intratesticulaire.

M. TRÉLAT. Il semblerait résulter de la citation faite par M. Desprès que toute affection kystique du testicule est par cela même cancéreuse, tandis qu'il admet, pour son compte, avec M. Broca, que parmi les productions kystiques du testicule, hématiques ou non, il y en a de véritablement bénignes.

M. LARREY. Bien qu'il n'ait pas été à même d'observer d'hématocèles parenchymateuses du testicule, il pense que l'on ne doit pas procéder à la castration avant d'avoir essayé la ponction ou l'incision.

Du reste, l'hématocèle intratesticulaire doit être très-rare, attendu que, sur un grand nombre d'hématocèles observées par M. Larrey chez des cavaliers, par suite de coups contre le pommeau de la selle ou à la suite des exercices du cheval de bois, il n'a vu que des épanchements dans la tunique vaginale, et jamais dans l'épaisseur de l'organe.

M. RICORD. Comme on a parlé d'hématocèle vaginale, il saisit l'occasion pour poser en fait que l'*incision* suffit, le plus souvent. Si l'insuffisance de l'incision lui est démontrée, il pratique alors l'excision de la vaginale et ne se décide à la castration que tout à fait en dernier lieu.

Ainsi, ajoute M. Ricord, il faut procéder par gradation et ne se décider à sacrifier le testicule que tout à fait à défaut de mieux.

Il lui est arrivé, en procédant de la sorte, d'enlever une tumeur veineuse kystique des bourses, en respectant le testitule.

M. DESPRÈS admet, comme M. Trélat, que toutes les tumeurs kystiques du testicule ne sont pas cancéreuses. Seulement elles le sont, dit-il, pour la plupart.

M. DEMARQUAY ne propose la castration que pour les vieilles hématocèles, à parois épaisses et comme cartilagineuses. Pour celles récentes, il s'est très-bien trouvé du drainage.

M. PANAS dit qu'on ne peut nier l'existence de l'hématocèle parenchymateuse du testicule. En 1857, il fut à même d'en observer un exemple dans le service de M. Nélaton, qui pratiqua la castration, croyant à un sarcocèle avec léger épanchement de sérosité dans la vaginale. La dissection de la tumeur, du volume d'un œuf de poule, démontra à l'examen microscopique, fait par M. Robin, qu'il s'agissait bien réellement là d'un foyer apoplectique dans le centre du testicule. Cette pièce fut présentée par M. Panas à la Société anatomique.

La tumeur dont a parlé M. Ricord, et qu'il a extirpée à l'hôpital du Midi en 1855 en présence du professeur Riberi (de Turin) et des internes de l'hôpital dont M. Panas faisait partie, était formée par les veines du cordon et des kystes multiples. Si donc M. Ricord a pu conserver dans ce cas le testicule, c'est qu'il s'agissait d'une tumeur du cordon indépendante de la glande. D'ailleurs, le canal déférent intimement adhérent à la tumeur avait été intéressé.

M. LABBÉ. Avant de nous prononcer définitivement sur la nature de la tumeur, je demanderai à la Société de me permettre d'en faire faire un examen histologique complet.

Plaie de l'artère poplitée à son origine. Ligature des deux bouts. Phlegmon diffus consécutif de la cuisse. Mort. Autopsie. — M. LE FORT communique cette observation au nom de M. Ch. Laurent, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'une petite fille de huit ans qui, le 29 septembre 1869, est entrée à Lariboisière, dans le service de M. Verneuil.

Deux heures avant son entrée dans les salles, elle s'était donné un coup de couteau à la cuisse, qui fut suivi, au dire des parents, de l'effusion d'une grande quantité de sang. L'hémorrhagie s'arrêta à l'aide d'une compression directe, et au moment de l'examen, la jeune fille ne perd plus de sang. On constate chez elle l'existence d'une plaie linéaire de 1 centimètre de long, située à la partie antéro-interne de la cuisse, vers la jonction du tiers moyen avec le tiers supérieur.

Vu l'absence d'hémorrhagie, de gonflement notable et de battements, on se borne à prescrire le repos et des compresses humides.

Le 1er octobre au soir, hémorrhagie brusque et abondante par jet saccadé, qu'on évalue à *cinq* ou *six cents* grammes. On l'arrête en appliquant un garrot à la racine de la cuisse et une compression directe sur la plaie, remettant pour le lendemain matin, 2 octobre, la ligature du vaisseau.

M. Verneuil, après avoir agrandi la plaie, pratique la ligature des deux bouts. L'opération, d'une exécution très-pénible, n'a pas duré moins de 40 minutes, et a exigé des débridements assez grands. Le sang provenait manifestement du bout inférieur de l'artère, qui n'a pu être lié que médiatement et en comprenant dans l'anse du fil la veine. On est allé alors à la recherche du bout supérieur, qui fut lié à son tour, en ouvrant l'anneau du troisième adducteur, ne pouvant pas saisir convenablement ce bout dans la plaie.

Le 4 octobre il survient du délire, une fièvre très-violente, avec tous les signes d'un phlegmon diffus grave.

Les jours suivants, le phlegmon devient gangréneux.

Le 11e jour, la ligature du bout inférieur tombe. L'état ataxo-adynamique se prononce de plus en plus, et le 16 octobre, la jeune fille succombe dans la soirée.

Autopsie. — La cuisse est infiltrée de pus et de gaz; les muscles sont détruits et remplacés par une bouillie grisâtre, infecte, où l'on reconnaît encore quelques fibres musculaires. La peau est sphacelée dans presque toute son étendue. Le périoste et le fémur sont intacts.

L'articulation du genou renferme un peu de sérosité louche, avec injection légère de la synoviale.

Les deux bouts de l'artère sont distants de 10 centimètres. L'oblitération est parfaite. Dans le bout supérieur, petit caillot très-adhérent aux parois artérielles. La première collatérale est à 10 millimètres de la ligature; dans le bout inférieur elle est à 13 millimètres.

La veine poplitée est coupée, et les deux bouts ne sont pas éloignés l'un de l'autre. Dans le bout inférieur, adhérent à l'artère, et dont les parois sont épaissies et indurées, se trouve un caillot mou, diffluent. Le bout supérieur est libre jusqu'à l'aine, et ne renferme pas de pus. La veine iliaque est saine.

Ni le foie, ni le poumon, ni aucune grande articulation ne renferment du pus, seulement le foie présente une dégénérescence graisseuse très-avancée ; les cellules hépatiques renferment des granulations qui les distendent et qui se dissolvent dans l'éther.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

Le nombre des membres présents est de *trente*; majorité absolue : *seize*.

Ont obtenu :

1er *tour de scrutin.*

MM. P. Horteloup	15	voix.
Dubreuil	8	—
Lannelongue	7	—

2e *tour de scrutin.*

MM. P. Horteloup	16	voix.
Dubreuil	10	—
Lannelongue	4	—

M. Horteloup, ayant obtenu la majorité, est déclaré membre titulaire de la Société de chirurgie.

RAPPORT

M. DUPLAY fait un rapport verbal au nom d'une commission chargée d'examiner un travail de M. le docteur Eugène Facieu (de Gaillac), intitulé : *Deux cas de plaie pénétrante du genou. Injections quotidiennes pratiquées à l'aide d'un irrigateur. Guérison avec ankylose.*

Ce travail comprend deux observations très-longuement et très-consciencieusement recueillies. Dans l'une, concernant un enfant de 8 ans, il s'agit d'une plaie contuse très-étendue de la jambe et de la cuisse, avec pénétration dans l'articulation du genou, qui fut suivie d'une arthrite suppurée et d'accidents généraux très-graves. Les débridements, l'emploi de tubes à drainage, les injections quotidiennes, ont amené la guérison au bout de 146 jours, mais avec une ankylose du genou.

Le second fait se rapporte à un jeune homme de 23 ans, qui reçut presque à bout portant dans le genou la charge d'un pistolet d'arçon chargé de gros plomb. L'arthrite suppurée qui en fut la conséquence, et qui s'accompagna de fusées purulentes, fut traitée d'après les mêmes principes, et la guérison avec ankylose fut obtenue au bout de trois mois.

Ces deux observations s'ajoutent aux faits plus ou moins analogues qui ont été déjà rapportés, et qui doivent encourager les tentatives de conservation dans les cas mêmes qui semblent les plus désespérés.

M. Facieu fait remarquer avec juste raison que le succès doit être attribué à l'âge des deux blessés, aux conditions hygiéniques dans lesquelles ils se trouvaient; enfin il accorde une grande influence au traitement employé : incisions, drainage, injections avec l'irrigateur.

Je propose à la Société :

1° De déposer aux Archives les deux observations dont je viens de donner un résumé succinct;

2° D'inscrire le nom de M. le docteur Facieu, suivant sa demande, à titre de membre correspondant.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Cancer de l'ombilic. — M. DEMARQUAY. Je désire attirer un instant l'attention sur un cas de cancer de l'ombilic que j'ai opéré récemment dans mon service, d'autant mieux que depuis quelques années j'ai eu occasion d'en observer deux autres cas. La tumeur que je vous présente, et qui avait au moment de l'opération le volume d'un œuf, a été enlevée sur une dame âgée de 54 ans, entrée le 2 mai dans mon service. La santé de cette malade a toujours été bonne, elle a cessé d'être réglée depuis deux ans. A cette époque, elle s'est aperçue qu'un nævus congénital qu'elle portait au-dessous de l'ombilic, mais se prolongeant un peu dans l'infundibulum formé par cet ombilic, prenait du développement. Bientôt même, la tumeur se développant, elle finit par s'excorier et donner lieu à de petites hémorrhagies et à des écoulements d'un liquide sanieux peu odorant.

C'est dans cet état que la malade est entrée dans mon service. J'hésitai un instant à la débarrasser de cette tumeur, à cause de deux petites tumeurs existant dans la région des aines; mais, tenant compte de son origine cutanée, qui me permettait de faire cette opération sans ébranler l'organisme, je me décidai à enlever cette tumeur framboisée, légèrement pédiculée.

Les suites de l'opération furent bien simples. Le microscope nous a démontré que nous avions affaire à un papillome. Je pensais que, l'ablation de la tumeur étant effectuée, les ganglions de l'aine, n'é-

tant plus irrités par l'excitation constante de la tumeur, diminueraient de volume. Il n'en fut rien; depuis dix à quinze jours, nous les voyons grossir, marcher vers une dégénérescence identique à celle probablement que le nævus ombilical a subie. La santé de la malade s'altère, et tout me fait craindre une issue fatale, dans un temps plus ou moins éloigné. Je n'aurais point entretenu la Société de chirurgie de ce fait assez rare si je n'avais eu occasion d'observer deux autres faits graves de cancer de l'ombilic.

Le premier de ces deux faits m'a été présenté par un homme âgé, il y a deux ans environ. L'ombilic était occupé par une tumeur du volume du poing, présentant un aspect bleuâtre. Elle me parut adhérente au péritoine et à la peau de l'ombilic. Il était impossible de lui imprimer le moindre mouvement sans déplacer toute la paroi abdominale; elle était molasse, et le malade y ressentait une douleur vive, lancinante. Je diagnostiquai une tumeur encéphaloïde de la région ombilicale. Je me refusai à toute opération en raison des adhérences indiquées plus haut. Bientôt le teint du malade finit par s'altérer, et le malade succomba.

Le dernier de mes malades a été observé récemment; je l'ai vu avec M. le docteur Roger, un de mes anciens élèves. Il s'agissait encore d'un malade âgé de soixante et quelques années : il portait une large tumeur aplatie dans la région ombilicale; elle était molle, pâteuse, demi-fluctuante, et comprenait toute l'épaisseur de la paroi abdominale dans l'étendue des deux mains. Elle avait débuté par l'ombilic, et elle avait envahi petit à petit les tissus voisins. Elle s'était ouverte sur plusieurs points, et il était sorti de ces ouvertures des masses fongueuses, tremblotantes, et laissant écouler une quantité incroyable de liquide. Le plus petit contact de ces masses les faisait saigner. Cette masse se laissait pénétrer par un stylet presque dans toutes les directions. Le malade fut vite épuisé par ces pertes séro-sanguines, et il succomba.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

SÉANCE DU 15 JUIN 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — Le *Montpellier médical*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*;

— Le *Compte rendu de la séance publique annuelle de l'association française contre l'abus du tabac*. Broch. 1870;

— Docteur Van Dommen : *Essai sur les moyens de transport et des secours en général aux blessés et malades en temps de guerre*. Gr. in-4° avec atlas in-f° de 22 planches;

— M. Ehrmann (de Mulhouse), membre correspondant de la Société, adresse, avec *dix moules en plâtre* représentant le résultat des opérations, la note qui suit :

Note sur la staphylorrhaphie et l'uranoplastie chez les enfants du premier âge. — Les pièces en plâtre que nous avons l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie se rapportent à des enfants du premier âge opérés par nous de division congénitale du palais.

Les auteurs qui se sont occupés de la staphylorrhaphie ont tous plus ou moins insisté sur l'avantage qu'il devrait y avoir à pouvoir la pratiquer à un âge assez tendre. Cette propension à l'opération précoce était chose d'autant plus naturelle, que pendant fort longtemps l'exercice méthodique de l'organe restauré avait été considéré comme l'unique condition de laquelle dépendait, au point de vue fonctionnel, le plus ou moins de perfection du résultat définitif. Aujourd'hui qu'il est établi, par les travaux de MM. Passavant, G. Simon, Trélat, etc., que les conditions anatomiques de développement, de dimension de la portion osseuse de la voûte, jouent

dans l'appréciation de cet élément un rôle prépondérant, la question de l'intervention hâtive semble, il faut le dire, avoir perdu une grande partie de son opportunité, et il en serait bien effectivement ainsi s'il ne devait rester toujours, — en admettant que l'on renonce définitivement à opérer les grandes fissures, — un certain nombre de cas où continuera à s'imposer l'indication de l'action chirurgicale : nous voulons parler des divisions bornées au voile seul ou ne s'étendant qu'à une portion limitée de la voûte osseuse. Il ne peut être douteux qu'en tout état de cause il devra y avoir avantage, du moment où l'on se décidera à opérer, à le faire le plus tôt possible.

Ce n'est que dans ces dernières années que des tentatives un peu suivies ont été faites dans la première enfance. L'opération, jusque-là, était considérée comme impraticable à cet âge, en raison surtout des obstacles que devait faire rencontrer l'application des soins consécutifs. Roux, comme on le sait, n'opérait guère qu'à partir de l'âge de 16 ans. Dieffenbach, MM. Sédillot, Fergusson, Pollock, les promoteurs du débridement musculaire, avaient abaissé cette limite à 10 ou 12 ans.

Langenbeck, à l'époque de la publication de son deuxième mémoire (1), recommandait de ne point entreprendre la staphylorrhaphie au-dessous de 7 ans. Sur 9 cas de staphylorrhaphie simple qu'il avait rassemblés, chez des enfants de six semaines à deux ans trois quarts, il y avait eu 9 insuccès : 2 de ces cas lui étaient personnels, 5 appartenaient à Passavant (2), 2 à Billroth (3).

Plus récemment, Billroth (4) a rapporté un cas de staphylorrhaphie chez un enfant de deux mois, opération suivie de mort au bout de six heures.

Dans 3 autres cas, où la staphylorrhaphie avait été combinée à l'uranoplastie périostique, Billroth (5) a eu 1 insuccès (enfant de deux ans et demi) et 2 guérisons (enfants de sept mois et de dix-huit mois).

---

(1) *Weitere Erfahrungen im Gebiete der Uranoplastik. Arch. für klin. Chirurg.* Bd. V, Heft 1, Berlin, 1863, p. 44.

(2) *Arch. für Heilkunde.* Leipzig, 1862, Heft 4, p. 323.

(3) *Arch. für klin. Chirurg.* Bd. II, Heft 3, 1862, p. 658.

(4) *Erfahrungen auf dem Gebiete der plastischen Chirurgie* (*Arch. für klin. Chirurg.*, 1869, Bd. X), p. 158.

(5) *Arch. für klin. Chirurg.* Bd. II, 1862, p. 658, et *Erfahrungen*, etc., p. 160.

O. Weber (1) et G. Simon (2), chez des sujets de quatre semaines et de quinze jours, opérés en un seul temps, obtinrent bien une réunion partielle en avant, mais la virent échouer complétement au niveau du voile.

En Angleterre, les travaux de Th. Smith (3) ont donné aux essais de staphylorrhaphie chez les enfants une récente impulsion; ce chirurgien a eu le mérite, comme on le sait, de généraliser l'emploi du chloroforme dans cette opération. Sur 16 cas publiés, il n'y en a que 4 se rapportant à des sujets au-dessous de cinq ans : insuccès pour un garçon de deux ans et une fille de trois ans; chez une fille de deux ans et onze mois (division simple du voile), la réunion fut obtenue, après un premier échec occasionné par la scarlatine, et une nouvelle opération pratiquée deux mois plus tard; chez une fille de trois ans et deux mois (division du voile et de la région palatine de la voûte), la guérison se fit également, mais après trois séances opératoires, dont la première avait, comme dans le cas précédent, échoué complétement par le fait de la scarlatine, et dont la deuxième avait amené une réunion partielle.

Dans une lettre qu'il a bien voulu nous écrire récemment, M. Smith déclare n'avoir jamais opéré de sujets au-dessous de 2 ans; le résultat est, dit-il, trop incertain à cet âge, pour risquer de compromettre, en l'entreprenant dans ces conditions, une opération qui a, au contraire, besoin d'être encouragée. M. Smith ajoute que pourtant M. Marsh, son collègue à l'hôpital des Enfants de Londres, a réussi une staphylorrhaphie sur un enfant de dix mois, et qu'il est à sa connaissance que M. Annandale (d'Édimbourg) a obtenu un succès analogue sur un sujet « de moins de deux ans». Nous lisons, de notre côté, que M. Buszard (4), de Northampton, a pratiqué avec succès la suture du voile sur un enfant de six mois.

En résumé, sur 20 cas de staphylorrhaphie relatifs à des enfants de 15 jours à trois ans et demi, il y a 15 insuccès, dont 1 suivi de mort, et 5 succès. En y comprenant les deux cas de MM. Marsh et Annandale, sur lesquels nous ne possédons point de détails, on

(1) *Arch. für klin. Chirurg.* Bd. IV, Heft 1, 1863, p. 295.
(2) *Beiträge zur plastischen Chirurgie.* Prag, 1868, p. 91.
(3) *Med. Chir. Transact.*, vol. LI, 1868, Janv., et *Lancet*, 1869, p. 226.
(4) *British Med. Journal*, 1868, p. 350. C'est par erreur que dans Holmes (*Thérap. des mal. chir. des enfants*, trad. Larcher, 1870, p. 148), cette opération est signalée comme ayant été faite sur un enfant de 4 mois : c'est le bec-de-lièvre qui, chez ce sujet, avait été opéré à cet âge.

obtient un ensemble de 22 cas, dans lequel le chiffre des guérisons figure pour 7. Dans 5 seulement de ces cas, l'uranoplastie périostique avait été combinée à la staphylorrhaphie (1); 2 d'entre eux guérirent; 1 échoua complétement; pour les 2 autres, où la staphylorrhaphie avait échoué, l'uranoplastie réussit partiellement.

Quant à l'uranoplastie simple, sans staphylorrhaphie simultanée, 4 cas, opérés par G. Simon (2), donnèrent 2 guérisons (garçon de neuf mois et fille de quatre ans), 1 décès (3) (garçon de deux ans et trois mois) et 1 insuccès (fille de cinq mois : procédé Bühring); 2 cas, opérés par Billroth (4), échouèrent tous deux (enfants de deux mois et de quatorze jours); ce dernier mourut de pneumonie au douzième jour de l'opération. Sur 6 cas donc d'uranoplastie simple, 2 succès, 2 décès, 2 insuccès.

Tels sont les résultats des faits que nous avons pu recueillir; d'autres peut-être nous auront échappé. En supposant la statistique complète, elle était à coup sûr assez peu encourageante.

L'analyse des observations ci-dessus fait découvrir qu'un certain nombre des insuccès est à mettre sur le compte de circonstances opératoires, dans le détail complet desquelles la nature succincte de cette note ne nous permet point d'entrer; nous ne voulons insister, dans le présent travail, que sur l'un de ces points, celui de l'alimentation des jeunes opérés. Passavant, Langenbeck, Billroth, avaient, dans plusieurs de leurs cas, constaté que l'adhésion des lambeaux, alors même que de prime abord elle avait pu sembler effective, n'était point arrivée à se maintenir, parce que les sujets, que les douleurs dans la déglutition empêchaient de s'alimenter, tombaient dans une sorte de dépérissement, et que la cicatrice dès lors ne se consolidait point.

Nous avions pensé, dès le principe, que l'on devrait pouvoir remédier en partie à cette condition fâcheuse, en organisant l'opération de façon à sauvegarder le plus possible l'alimentation des jeunes patients, sauf à l'imposer même, si les dispositions opératoires devaient ne pas se prêter à l'ingestion spontanée.

---

(1) Dans le deuxième cas de Smith et dans celui de Buszard, où la voûte osseuse était simultanément fissurée, l'opération ne porta néanmoins que sur le voile seul.

(2) *Beiträge zur plast. Chirurgie*, 1868, p. 91.

(3) Septicémie, suite de gangrène de l'un des lambeaux (accident opératoire).

(4) *Erfahrungen*, etc., 1869, p. 161.

Chez un enfant de trois ans et demi, atteint de fissure complète, dont l'observation se trouve relatée dans notre mémoire *sur l'uranoplastie* (1), récompensé en 1867 par l'Académie de médecine, nous avions eu soin, en même temps que de répartir sur deux séances l'occlusion de la fissure, de comprendre dans l'opération principale la voûte et une portion importante déjà du voile, de manière à réduire la deuxième intervention à une simple suture, sans nouvelles sections musculaires à travers l'épaisseur de l'organe; de la sorte, l'extrémité inférieure du voile du palais restait libre lors de la première opération, et la réaction sur les fonctions de déglutition s'en trouvait atténuée; la staphylorrhaphie complémentaire ne nécessitant plus ensuite, dans ces conditions, de nouvelles incisions latérales, l'inflammation concomitante du voile devenait, à ce moment aussi, très-minime, et la déglutition restait modérée.

Nous n'avions point eu encore, à cette époque, l'occasion d'aborder des sujets plus jeunes, mais alors déjà nous nous étions proposé (2), s'il devait nous arriver d'avoir à pratiquer la staphylorrhaphie dans le tout premier âge, de nous appliquer de notre mieux à entretenir l'alimentation, en nous aidant au besoin d'une sonde flexible introduite dans l'œsophage, au-devant d'une plaque protectrice moulée sur l'arcade dentaire, et garantissant chaque fois la suture au moment de cette petite manœuvre opératoire.

Ce procédé nous a réussi chez un enfant de quatre mois et demi, où l'indication d'une alimentation suivie s'imposait d'autant plus, que l'état général du sujet était, avant l'opération déjà, fort peu satisfaisant. Nous croyons également en avoir tiré bon parti chez un enfant de huit mois, où s'étaient présentées au début certaines difficultés à l'ingestion spontanée du liquide alimentaire.

Quand l'âge et la force du sujet pourront faire appréhender une certaine résistance à la manœuvre dont il s'agit, il vaudra généralement mieux, pensons-nous, répartir l'opération sur deux temps, en suivant le mode que nous avons employé dans le cas dont il a été question plus haut; c'est ce que nous avons fait pour le sujet de notre observation V, âgé de deux ans et trois mois.

Voici maintenant l'indication résumée de nos opérations :

Observation I. — Fille de trois ans et demi; division bilatérale

(1) *Étude sur l'uranoplastie.* Paris, 1869, p. 53.
(2) *Loc. cit.*, p. 75.

complète, avec écartement osseux de 11 millimètres. L'opération, pratiquée le 27 mai 1867, porta sur toute la portion osseuse de la fissure et sur près des deux tiers supérieurs du voile. Six points de suture. Suites immédiates extrêmement bénignes. L'alimentation put être poursuivie dès le début, sans que le sujet y fît résistance. Ablation des fils le seizième jour. Complément de la staphylorrhaphie deux mois plus tard. Guérison.

Ce sujet avait été opéré sans chloroforme, mais nous l'avions anesthésié pour l'extraction des fils, comme d'ailleurs nous l'avons toujours fait depuis lors, chaque fois qu'il s'est agi de très-jeunes enfants.

Obs. II. — Fille de 4 mois et 1/2, de chétive constitution; division bilatérale complète, avec bec-de-lièvre double et saillie de l'os incisif; écartement osseux de 10 millimètres. Staphylorrhaphie, le 14 mars 1869, à l'hôpital de Mulhouse; chloroforme; application de 5 fils, dont 3 sur le voile et 2 sur la moitié inférieure de la voûte décollée. Après l'opération et jusqu'au lendemain matin, l'enfant boit sans peine; la déglutition devient difficile dans le courant du deuxième jour; injection de lait coupé, dans l'œsophage, à l'aide d'une seringue à canule flexible, introduite avec précaution au-devant d'une plaque protectrice en caoutchouc durci; une certaine quantité en est rendue dans un vomissement; la moitié environ est conservée. L'injection de lait est répétée trois fois le jour suivant, deux fois le jour d'après; elle est mieux tolérée; l'enfant, dans l'intervalle, arrive à avaler moins péniblement. La déglutition spontanée redevient aisée le cinquième jour, en même temps que le dégonflement commence à s'opérer. Extraction des fils le dix-neuvième jour; réunion par première intention sur toute la hauteur du voile, y compris la luette. Les deux fils supérieurs avaient été coupés dès le quatrième jour.

Malheureusement notre opérée, peu de temps après sa sortie de l'hôpital, contracta la variole, qui à ce moment régnait épidémiquement dans son village; comme elle n'avait point été vaccinée encore, l'affection se développa chez elle avec une grande violence; consécutivement se produisit une série d'abcès qui finirent par épuiser la malade; elle succomba six semaines après l'invasion de la variole, trois mois et demi après la staphylorrhaphie; la réunion du voile s'était bien maintenue.

Obs. III. — Fille de 8 mois, de bonne constitution, mais

atteinte d'une toux habituelle; division du voile et de la moitié postérieure de la voûte, avec écartement osseux de 9 millimètres; pas de bec-de-lièvre. Staphylorrhaphie et uranoplastie, le 18 octobre 1869, à l'hôpital de Mulhouse. Chloroforme; occlusion, par six points de suture, de l'ensemble de la division. Injection de lait, le soir du deuxième jour et les deux jours suivants; l'enfant, d'ailleurs, n'avait pas cessé de prendre spontanément, mais en très-faibles quantités, la boisson qu'on insistait à lui offrir. Toux fréquente. Le huitième jour, recrudescence de fièvre, cris, diarrhée; apparition d'une incisive inférieure; trois jours après, perce sa congénère.

Extraction des fils le dix-septième jour; réunion parfaite au voile, sauf pour la luette; à la voûte, les bords des lambeaux se sont cicatrisés isolément. Avivement, séance tenante, de la luette et des bords contigus de la voûte; application de deux fils à l'extrémité inférieure du voile, et de deux autres en avant; extraction de ces fils le quinzième jour; réunion à la voûte, résultat incomplet à la luette; nouvelle suture; levée le dixième jour.

Ce sujet a été présenté guéri à la Société médicale du Haut-Rhin, dans sa séance du 15 mai 1870.

Obs. IV. — Fille de 8 semaines, de complexion délicate; division unilatérale gauche avec bec-de-lièvre; écartement osseux de 14 millimètres; les moitiés maxillaires ne mesurent elles-mêmes que 9 à 10 millimètres à gauche et 11 millimètres à droite; la perte de substance est donc très-large. Staphylorrhaphie, le 12 janvier 1870, à la maison de santé des Diaconesses de Mulhouse; chloroforme; trois sutures sur le voile; la muqueuse palatine est décollée jusqu'en avant, de façon à permettre le rapprochement du voile sans tension apparente; malgré cela, le fil supérieur cède dès le surlendemain de l'opération; le quatrième jour au matin, le reste de la suture s'était entièrement rouvert.

Obs. V. — Garçon de 2 ans et 3 mois. Division du voile et de la région palatine de la voûte, avec écartement de 11 millimètres. Uranoplastie et staphylorrhaphie, le 3 février 1870, à la maison de santé des Diaconesses de Mulhouse; chloroforme; cinq sutures; le tiers inférieur du voile avait été laissé intact. Le lendemain, abattement et fièvre; abondante salivation; les jours d'ensuite se développe une bronchite aiguë, accompagnée d'un état général assez inquiétant pour nous déterminer à recourir au vésicatoire et aux

vomitifs. Nonobstant ces complications, et à notre grand étonnement, nous devons l'avouer, la réunion se maintient parfaite, au niveau des cinq sutures.

Le vingtième jour, extraction des fils; application de trois sutures sur l'extrémité inférieure du voile; on les enlève le onzième jour; la réunion est complète.

Des faits qui précèdent il ressort que non-seulement le traitement des divisions congénitales peut être entrepris avec succès dans le premier âge, mais que, bien conçu et exécuté avec précision, il doit réussir le plus souvent. Sur cinq opérations, nous en avons en effet quatre heureuses, et pour celle où nous avons échoué, les dispositions locales étaient, comme on l'a vu, si défavorables, qu'en l'entreprenant, nous pouvons presque dire que nous en étions à rechercher la limite à laquelle serait susceptible de s'aventurer l'intervention de l'art. Ces cinq cas sont d'ailleurs les seuls de cette catégorie que jusqu'ici nous ayons eu l'occasion d'opérer (1).

---

(1) Depuis la communication de cette note à la Société de chirurgie, nous avons opéré un sixième sujet, que nous avons eu le malheur de perdre, dans des conditions, il est vrai, qui nous paraissent devoir laisser intactes les conclusions de notre travail. Il s'agit d'un enfant de 7 mois 1/2, d'une belle constitution, porteur d'une division du voile et de la région palatine de la voûte; l'opération eut lieu le 19 juin dernier, à l'hôpital de Mulhouse. L'enfant venait d'être endormi par le chloroforme; nous avions débuté par passer deux fils dans le voile, et nous nous disposions à en placer un troisième, avant de procéder à l'avivement, quand subitement se produisit une attaque asphyxique, dont nous eûmes une certaine peine à relever le sujet, et qui nous obligea à interrompre l'opération pendant quinze à vingt minutes. L'enfant revenu à lui, nous jugeâmes, ainsi que les confrères qui nous assistaient, que la séance pouvait être reprise, mais sans nouveau recours, bien entendu, à l'agent anesthésique; au bout d'une demi-heure, l'opération était achevée, l'ensemble de la fissure fermé par six fils; l'enfant, assez affaibli, était mis au lit, après qu'on lui eût fait avaler quelques cuillerées de vin. Malheureusement, la respiration, qui, à trois reprises déjà durant l'opération, s'était embarrassée au point de nous forcer à intervenir par les moyens usités en pareil cas, s'engoua de plus en plus aussitôt après, et malgré les soins les plus empressés, stimulants intus et extra, frictions, respiration artificielle, etc., la mort survint au bout de vingt-cinq minutes environ.

L'hémorrhagie avait été assez forte, tant au moment du décollement que lors du sectionnement des muscles du voile; elle n'avait point été pourtant plus abondante que chez la plupart de nos précédents opérés. Que l'affaiblissement qui en est résulté ait contribué à la terminaison funeste, cela est incontestable; mais le point de départ des accidents mor-

Ces résultats sont d'autant plus significatifs, que de nos trois opérés les plus jeunes, l'un (Obs. II), d'une complexion chétive et porteur d'une fissure très-compliquée, se présentait par cela même dans de bien mauvaises conditions apparentes; que celui de l'observation III avait eu, dans le cours de son traitement, de la toux et des accidents de dentition, et que, pour celui enfin de l'observation V, une bronchite intercurrente grave n'a point empêché la guérison d'arriver à bonne fin. Notons que, chez aucun d'eux, nous n'avions pu éviter les plaintes, les cris, les efforts, et conséquemment obtenir l'observation des précautions consécutives, que l'on s'était généralement accordé à considérer comme essentielles de la part des sujets opérés de la staphylorrhaphie.

Les conditions variées dans lesquelles se sont trouvés nos opérés ne permettent point, pensons-nous, d'attribuer simplement à une série heureuse les succès qui nous sont advenus.

Sans avoir la prétention de tirer de faits jusqu'ici trop peu nombreux encore, des déductions absolues, nous nous croyons pourtant

---

tels a été manifestement dans le trouble survenu dès le début du côté de la respiration, et dont le sujet ne s'était jamais entièrement relevé : chaque fois que la respiration était devenue plus pénible, le sang avait en même temps pris la teinte livide accusant la tendance asphyxique. Si, mieux avisé, nous avions, après la première alerte, renoncé à achever l'opération, nous n'eussions point eu sans doute de malheur à déplorer.

Quant à la cause déterminante de cet accident du début, il n'y a point de doute à avoir sur le rôle qu'y a joué l'application du chloroforme. Nous relèverons pourtant encore une circonstance qui pourrait bien y avoir également contribué pour sa part : l'abaissement de la langue est un temps assez gênant de la manœuvre, et, pour éviter, dans un champ déjà restreint, l'intervention du doigt d'un aide, nous avions eu l'idée de faire adapter au spéculum de Smith, que nous employons d'habitude, une spatule destinée à déprimer simultanément la langue. Cet instrument avait parfaitement fonctionné chez l'enfant de 2 ans de notre Obs. V; pour celui, plus jeune, que nous opérions ici, il était, pensons-nous, de dimension et de courbure trop fortes; il refoulait peut-être la langue trop complétement; un abaissement complet et continu de cet organe n'est pas rationnel; il paraît devoir favoriser, pendant la chloroformisation, la tendance à l'asphyxie.

Quoi qu'il en soit, s'il fait ombre dans notre statistique, ce revers, — par cela même qu'il s'agit d'un accident opératoire dont la responsabilité doit en partie nous incomber, — n'entame pas sérieusement, ainsi que nous le disions plus haut, les déductions tirées de nos faits antérieurs. Tout au plus devra-t-il nous rendre plus réservé dorénavant dans l'administration du chloroforme, alors qu'il s'agira d'enfants très-jeunes.

en droit de rapporter nos bons résultats à la réunion combinée de diverses conditions opératoires, dont la principale peut-être aurait trait aux dispositions prises pour assurer dès le début l'alimentation des sujets, mais parmi lesquelles il importe de relever aussi : 1° un sectionnement musculaire bien complet ; 2° une suture très-soignée, avec emploi de fils métalliques, maintenus en place durant un temps assez long (12 à 20 jours), jusqu'à consolidation bien avérée de l'adhérence cicatricielle.

Nous nous proposons de poursuivre ces recherches, réservant la publication détaillée de nos observations pour l'époque où nous serons à même de fournir, sur l'ensemble des points assez divers qui se rattachent à cette question, des conclusions plus complètes et plus catégoriques.

M. GIRALDÈS. Les résulats opératoires de M. Ehrmann sont très-beaux assurément, et s'il n'en est pas toujours ainsi, c'est qu'il y a des cas où la difficulté de l'alimentation, l'hydrocéphalie et autres lésions concomitantes peuvent entraîner la mort de l'enfant en dehors de toute opération.

Pour ce genre de statistique, il faut envisager chaque cas en particulier et ne pas prendre les faits réunis en bloc, sans quoi on risque d'arriver à des conclusions erronées.

M. LE FORT insiste sur les services que peut rendre, chez les enfants, l'écarteur des mâchoires de Thomas Smith.

M. VERNEUIL indique l'envoi d'une observation de M. Dauvé dont il compte donner lecture dans une des prochaines séances. Cette observation a pour titre : *Adénite suppurée du cou. — Ulcération de la carotide primitive et de la carotide externe. — Hémorrhagie. — Mort.*

COMMUNICATIONS

M. LABBÉ fait connaître le résultat de *la dissection et de l'examen microscopique de la pièce présentée par lui au nom de M. Notta, de Lisieux.* (Examen fait par M. Charles Legros.)

Il s'agit d'un cancer vrai du testicule. Dans quelques points, il y a des épanchements sanguins ou prédominants du tissu fibreux; mais ce qui domine, c'est un tissu composé de groupes de cellules imitant grossièrement la disposition normale des tubes testiculaires. M. Robin a insisté souvent sur cette particularité des cancers du testicule. Ces masses cellulaires, dont la forme varie à l'infini sur les coupes, sont séparées par des cloisons fibreuses. On ne trouve

dans aucun point les traces de l'épididyme ou de tubes testiculaires normaux.

LECTURES

Hématocèle testiculaire. — M. CHASSAIGNAC lit la note suivante :

Dans la dernière séance, l'attention de la Société a été particulièrement arrêtée sur trois points : *l'hématocèle parenchymateuse, les kystes du testicule* et le *meilleur mode de traitement* à employer dans l'hématocèle. Je viens, comme plusieurs de mes honorables collègues, vous apporter le contingent de mon observation personnelle sur ces divers points.

J'ai observé l'hématocèle sous les diverses formes que voici : 1° l'hématocèle de la tunique vaginale, c'est celle que tous les chirurgiens connaissent; 2° l'hématocèle parenchymateuse ou au sein même de la substance testiculaire, le liquide sanguin baignant l'intérieur d'une poche entourée de toutes parts par la substance testiculaire parfaitement constatée sur tous les points; 3° l'hématocèle dans l'hydrocèle enkystée du cordon. (*Traité d'opérations*, t. II.)

Enfin, j'ai observé l'hématocèle à l'intérieur de ces grands kystes qu'on peut nommer spermatiques et qu'on a désignés sous le nom de grands kystes du testicule. J'ai consigné l'observation dans mon *Traité d'opérations*, t. II, p. 875.

Les traits caractéristiques de cette hématocèle spermatique qui présentait une grande quantité de liquide, puisque la ponction en fit sortir plus d'un litre, étaient les suivants :

1° Une énorme quantité de spermatozoïdes parfaitement développés, mais sans mouvement;

2° Des vésicules spermatiques bien moins nombreuses que les spermatozoïdes ;

3° Enfin, un grand nombre de globules sanguins.

En mettant dans une éprouvette 8 à 10 grammes de ce liquide, et l'agitant avec quelques gouttes d'huile, le corps gras est émulsionné très-facilement, et le mélange devient grisâtre.

Deux points à noter dans ce fait curieux : 1° le volume de la tumeur; 2° la nature du liquide.

Il n'existe dans la science aucun exemple de kyste spermatique et hématocélique aussi volumineux que l'était celui-là. Le diagnostic exact n'a pu être déterminé qu'après la ponction et l'examen microscopique.

A l'instant où la ponction fut pratiquée, la couleur roussâtre parut établir nettement l'existence d'une hématocèle; mais le microscope seul et la faculté émulsive à l'égard des corps gras démontrèrent le caractère précis du liquide contenu dans l'hématocèle.

Ces kystes à l'intérieur du testicule me conduisent tout naturellement à vous parler des kystes entièrement contenus dans la substance testiculaire et enveloppés par elle de toutes parts.

J'en ai recueilli plusieurs observations, et en particulier celle d'un cas dans lequel les constatations cliniques et histologiques me paraissent ne laisser place à aucune incertitude, puisque l'examen histologique, fait avec le plus grand soin par M. Robin, n'a présenté nulle part l'état cancéreux avec lequel les kystes intéro-testiculaires ont été bien des fois confondus.

La ponction pratiquée avant l'ablation du testicule avait donné issue à 150 grammes d'un liquide sanguinolent.

Une coupe antéro-postérieure du testicule montre, dans l'intérieur même de l'organe, une tumeur volumineuse formée par des kystes. La tumeur siége au milieu même du tissu de la glande, et le parenchyme testiculaire refoulé forme une couche mince sur tous les points, excepté sur la partie antérieure, où la couche est beaucoup plus épaisse.

Les kystes se composent d'une paroi fibreuse, d'une couche d'épithélium et d'un liquide muqueux contenant presque partout des globules de sang, des globules granuleux et quelquefois de l'épithélium.

Quant au traitement de l'hématocèle, je me bornerai à dire qu'avec M. Ricord et la grande majorité de nos collègues, je repousse d'emblée la castration. Je repousse également la décortication du testicule et de la tunique vaginale, opération que, pour mon compte, je trouve fort peu exécutable, et qui, pour moi, équivaut à une castration sans ablation du testicule. Je partage donc sur ce point l'opinion de M. Demarquay, qni vous a rapporté deux cas de mort survenus dans sa pratique à la suite de cette opération, et d'autres cas d'hémorrhagie presque impossible à arrêter par le tamponnement et le perchlorure de fer.

Et par contre, le même chirurgien vous a rappelé deux observations publiées par les journaux de médecine et où, grâce à l'usage de tubes à drainage volumineux, il a conduit à bonne fin des cas d'hématocèle d'une gravité particulière.

C'est, de mon côté, la méthode que, depuis plus de quinze ans,

j'ai adoptée comme méthode générale de traitement de l'hématocèle, et voici les lignes que j'écrivais dans mon *Traité d'opérations*, t. II, p. 875 :

L'emploi des tubes à drainage rend de très-grands services dans l'hématocèle.

Par l'effet direct de ce mode de canalisation, on obtient d'abord l'élimination du sang liquide.

De plus, quand la canalisation est bien faite, quand elle présente des voies suffisamment larges, ce qu'il est toujours possible d'obtenir en grossissant et en multipliant les tubes, les couches stratifiées qui doublent la tunique vaginale subissent une espèce de déhiscence par suite de laquelle, au bout d'un temps suffisamment long, la tunique vaginale finit par reprendre sa souplesse, surtout si l'on a soin de seconder l'action des tubes par celle des injections détersives. (*Traité d'opérations*, t. II, p. 875.)

M. LÉON LE FORT lit la note suivante :

Fracture sus-condylienne du fémur avec issue du fémur au travers de la peau. — Fracture verticale intercondylienne. — Épanchement d'air et de sang dans l'articulation. — Tentative de conservation. — Guérison complète sans raccourcissement appréciable et sans claudication. — Intégrité des mouvements du genou. — Ce malade, âgé de 18 ans, exerçant la profession de couvreur, tomba le 17 octobre 1869 du toit d'un des hangars de l'administration des omnibus. Apporté à l'hôpital Cochin, il présente les symptômes suivants : le genou droit fléchi repose sur le brancard par son bord externe. La cuisse offre, à sa face interne, une ouverture irrégulière dont le grand axe vertical a de 4 à 6 centimètres de hauteur. Cette plaie, à travers laquelle font saillie quelques fibres du vaste interne, est due à l'issue au dehors du fragment supérieur du fémur brisé au-dessus des condyles, mais qui s'est réduit dans les mouvements imprimés au membre. Le genou a complétement perdu sa forme normale ; la cavité articulaire est distendue par du sang et par des gaz auxquels on donne partiellement issue au travers de la plaie par des pressions exercées sur l'articulation. Le condyle interne du fémur est porté un peu en avant ; le condyle externe en arrière ; tous deux difficiles, du reste, à reconnaître, sont séparés par un intervalle appréciable, et sont mobiles l'un sur l'autre, et en même temps sur le fémur.

Le malade est porté dans son lit, placé sous la tente élevée dans le jardin de l'hôpital. On met la jambe dans l'extension sur la cuisse,

et, en exerçant une légère traction sur la jambe, on arrive à rendre au genou sa forme à peu près normale, c'est-à-dire qu'en dehors du gonflement produit par l'épanchement intra-articulaire, on retrouve, dans leurs rapports respectifs, les condyles fémoraux. Appelé par mes internes afin de pratiquer une amputation qui leur paraissait complétement indiquée, je crus, après discussion des indications cliniques, pouvoir tenter la conservation. La constitution robuste du sujet plaidait pour la conservation et me faisait craindre une fièvre traumatique fort grave, si j'ajoutais au traumatisme accidentel celui d'une amputation de la cuisse. Le fémur avait traversé le vaste interne, et j'espérais que le gonflement dû à l'inflammation interromprait la communication entre l'air extérieur et le foyer de la fracture, et que la section de la peau pourrait se cicatriser rapidement. Enfin, le milieu favorable où nous nous trouvions augmentait ma confiance.

Le membre fut placé sur un plan incliné, légèrement fléchi au niveau du genou, et toute la partie blessée, laissée à découvert, fut entourée de compresses trempées dans de l'eau aiguisée d'alcool et d'une toile imperméable formant une occlusion aussi hermétique que possible. L'immobilité la plus complète fut conservée, et le 24 novembre, cinq semaines après l'accident, nous crûmes pouvoir procéder à l'examen du membre en enlevant les attelles et les coussins, mais sans chercher encore s'il existait de la mobilité anormale. Un appareil inamovible fut appliqué avec les plus grandes précautions. Le malade continua à garder le repos au lit.

Le 29 décembre, dix semaines après la chute, cet appareil est enlevé. L'articulation est encore fortement distendue par du liquide, mais l'exploration par le palper ne nous permet pas de douter que nous n'avons guère affaire qu'au liquide séreux d'une hydarthrose. Les deux condyles sont encore un peu mobiles l'un sur l'autre ; leur mobilité sur le fragment diaphysaire du fémur est plus marquée. Il n'y a pas encore de consolidation parfaite. Comme des observations antérieures m'ont démontré depuis longtemps que le meilleur moyen de combattre les retards dans la consolidation est de faire marcher les malades, tout en assurant le rapport intime des fragments, j'applique un appareil silicaté prenant depuis le pied jusqu'au-dessus de la ceinture, et comprenant une attelle externe remontant jusqu'à la base de la poitrine. Le malade se lève deux jours après et continue tous les jours à marcher dans la salle, tout en diminuant la pression exercée sur les fragments en appuyant fortement la main sur le haut de l'attelle, laquelle fait

en quelque sorte office d'une canne qui serait comprise dans le bandage.

Sorti le 30 janvier, le malade rentra le 18 février. L'appareil n'est enlevé que vers le milieu du mois de mars. La consolidation paraît complète ; mais, pour s'assurer contre tout accident, on lui fait faire une jambière de cuir à deux valves rapprochées par des courroies et fortifiées par de minces attelles d'acier.

Cet appareil permet au malade de marcher en toute sécurité; il assure l'immobilité du genou, auquel on imprime chaque matin des mouvements d'abord limités afin de combattre la roideur, suite d'une longue immobilisation. Peu à peu, les mouvements sont revenus ; depuis un mois le malade a quitté tout appareil, et vous pouvez voir qu'il marche et court rapidement sans aucune espèce de claudication ; il fléchit et étend avec force la jambe sur la cuisse, et en le voyant marcher, on ne soupçonnerait pas qu'il ait pu avoir même une frature simple du fémur, bien qu'on sente encore sous la peau la légère saillie faite par le fragment supérieur, lequel déborde un peu les condyles.

Traitement de la syphilis sans mercure. — Nouvelle statistique. — M. A. DESPRÈS. — Je viens apporter, messieurs, la statistique de mes malades de l'hôpital de Lourcine que j'ai traitées sans mercure.

J'ai reçu cette année 311 malades.

Sur le nombre, 87 avaient été antérieurement traitées par le mercure : 10 pendant plus de 4 mois; 37 pendant plus de deux mois; 20 pendant 1 mois; 20 pendant moins de 1 mois.

41 sont rentrées après avoir été soumises dans mon service au traitement tonique. Sur le nombre, 11 avaient été traitées pendant plus de 2 mois, 14 étaient sorties améliorées, 10 étaient sorties non guéries.

Si j'ajoute aujourd'hui les chiffres de mes quatre statistiques, j'arrive aux résultats suivants : en 5 ans j'ai traité à l'hôpital de Lourcine, sans mercure, par le régime tonique, les grands bains, les soins locaux et le repos, 1199 syphilitiques sur lesquelles 273 avaient été traitées antérieurement par le mercure et 112 sont rentrées avec des récidives après avoir été traitées dans mon service.

Remarquez ce chiffre de 1200 malades. Si l'absence de traitement mercuriel était un mal, vous comprenez ce que ces malades eussent dû présenter d'accidents graves. Or, comme je n'en n'ai point vu,

comme mes collègues n'en n'ont pas vu, et qu'ils n'ont pu citer jusqu'ici que quelques cas rares de récidives de plaques muqueuses, vous voyez que je n'ai point tort de conclure à l'efficacité du traitement de la syphilis par les seuls toniques.

Je donne cette statistique pour servir de terme de comparaison avec celles des médecins et chirurgiens qui traiteront leurs malades par le mercure, et compteront leurs récidives comme je compte les miennes.

Je veux faire plus. J'ai reçu, ai-je dit, 112 malades déjà traitées par moi. Sur ce nombre plusieurs avaient été déjà traitées dans mon service, c'est-à-dire étaient à une 3me poussée. Ces malades sont au nombre de 35, sur lesquelles 24 avaient été traitées à la première poussée par le mercure et 9 avaient été traitées sans mercure. En établissant la proportion : 8 0/0 ont eu une troisième poussée après avoir été dès le début traitées sans mercure ; 22 0/0 ont eu une troisième poussée après avoir été traitées au début par le mercure.

J'ai vu, messieurs, ce que j'ai observé les années précédentes sans que rien ait pu modifier mes convictions. Les récidives que j'ai observées chez mes malades n'ont été constatées que sur des sujets ayant des syphilis récentes, ne datant pas de plus de 12 à 16 mois. Au contraire, les récidives étaient assez fréquentes chez les malades qui avaient la syphilis depuis 18 mois ou 2 ans, et qui avaient été traitées par le mercure. Le mercure avait retardé sans les atténuer les récidives de plaques muqueuses ou de syphilides. Lorsqu'une malade a été traitée par des préparations mercurielles énergiques qui l'ont fatiguée, les plaques muqueuses reparaissent aussitôt que l'on cesse le traitement et elles sont plus rebelles et plus longues à guérir. Au contraire, les malades qui sont traitées sans mercure guérissent rapidement lorsqu'elles ont des récidives, lesquelles sont de moins en moins fortes. A cet égard, je puis citer une malade, traitée par moi, qui a eu en un an 4 récidives de plaques muqueuses, de plus en plus faibles, et qui est aujourd'hui inscrite à la police : ce qui prouve, eu égard à la surveillance dont les prostituées sont l'objet, qu'elle n'a guère les apparences d'une syphilitique.

Je ne puis mieux faire pour bien exprimer ma pensée que de montrer ici une comparaison. Le syphilitique est comme un débiteur qui doit une grosse somme; celui qui ne prend pas de mercure paye en 3 ou 4 termes tout ce qu'il doit; celui qui prend du mercure recule ses payements, il fait des billets et les renouvelle

à plus ou moins gros intérêt, mais il n'est pas moins obligé de payer.

Cette année comme les autres, j'ai encore vu des faits significatifs. Une femme est traitée au début de la syphilis par le mercure pendant 2 mois. Un an après, elle entre dans mon service avec des plaques muqueuses et une syphilide papuleuse. Une petite récidive est survenue quand la malade a eu quitté mon service. La malade est retournée à Saint-Louis, on lui a donné de nouveau du mercure pendant 6 semaines, ce qui n'empêche pas la malade de revenir dans mon service avec une 4me récidive aussi grave que la première et aussi rebelle, en même temps que la malade est anémique et a une gingivite chronique.

Sur mes 1,200 malades, c'est-à-dire sur les 926 malades vierges de mercure (si je soustrais celles qui avaient été traitées par le mercure avant d'entrer dans mes salles), je n'ai vu et il n'y a eu, à ma connaissance, que trois accidents tertiaires, 2 malades dont je vous ai parlé dans ma statistique de 1868, une malade qui a eu une syphilide tuberculeuse disséminée avec ulcères un peu profonds. Au contraire, sur les 273 malades traités par le mercure, outre les accidents tertiaires graves que j'ai mentionnés dans mes précédentes statistiques, tels que exostoses, paralysies syphilitiques, amauroses par retino-choroïdite, gommes du voile du palais, j'ai vu, cette année, des gommes de la peau, un onyxis syphilitique, une choroïdite syphilitique, après 3 traitements mercuriels, dont le dernier a duré 4 mois, une syphilide tuberculeuse, après un traitement mercuriel de 6 mois, une gomme du voile du palais, une autre syphilide ulcéreuse du voile du palais, après un traitement mercuriel de 8 mois.

J'ajoute que j'ai vu une fois une gomme ulcérée du voile du palais sur une femme qui ne s'était point traitée et dont le début de la syphilis remontait à un an. Cette malade est signalée dans ma statistique de 1868.

Dans tous ces cas, il s'agit de malades dont la syphilis ne remontait pas au delà de 5 ans.

On me dira sans doute que je dois attendre pour savoir ce qu'il adviendra à mes malades. Je ne pense pas qu'il puisse leur arriver rien de pire qu'à une femme M..., entrée dans mon service avec une perforation de la voûte palatine, et qui, il y a vingt ans, avait été soumise à un traitement mercuriel de 18 mois.

J'ai eu des malades syphilitiques qui sont mortes; une est morte par accident, une est morte de rhumatisme articulaire aigu; une est

morte de maladie du cœur, suite d'un rhumatisme articulaire peu antérieur au début d'un chancre et de plaques muqueuses qu'avait la malade en entrant à l'hôpital. Une malade, à la suite d'un érysypèle, a eu des engorgements ganglionnaires multiples du cou et est morte leucocytémique. Une malade est morte des suites d'un abcès en kyste du cerveau, de date bien antérieure à la syphilis. Je n'ai vu ni à l'œil nu, ni au microscope, aucun cas de syphilis viscéral.

J'ai revu 37 malades traitées par moi il y a 3 et 4 ans et qui sont bien guéries. Ce sont des malades comme celles dont a parlé M. Diday. Je suis depuis 2 et 3 ans 5 hommes qui ont eu une syphilis d'une durée de 14 à 18 mois et qui sont bien guéris. Je cite ces malades par opposition à ceux et à celles chez qui je traite des accidents secondaires au 26me, au 30me et au 40me mois de la syphilis.

J'ai évalué, dans mes précédentes statistiques, la durée de la guérison de la syphilis, sans le mercure, à 3 années en moyenne. Vous voyez que je fournis des preuves. Mais je veux vous signaler un fait probant, que m'a rapporté un chirurgien de marine.

Les Européens ont porté en Océanie, dans l'île des Amis, entre autres bienfaits de la civilisation, la syphilis avec la verroterie et les armes de guerre. Les sauvages ont trouvé une prophylaxie : le syphilitique est renvoyé de l'île pour trois ans. On l'envoie vivre dans une île voisine. Au bout de ce temps, on le laisse revenir et il est guéri.

Il y a certes des syphilis qui durent moins de 3 ans. J'ai vu une syphilis grave qui a duré 18 mois; voilà 21 mois que la malade est sortie de mon service, je l'ai revue il y a deux mois; elle était bien guérie et avait toutes les apparences d'une belle santé.

Je ne répéterai pas ce que j'ai déjà dit des iritis et des choroïdites syphilitiques. Cette année, comme les autres, je les ai traitées et guéries par les révulsifs aux tempes, les dérivatifs intestinaux et le collyre mydriatique, l'occlusion de l'œil et les sinapismes aux cuisses au moment des règles. Je n'ai pas eu besoin de recourir à la ponction de la cornée et à l'évacuation de l'humeur aqueuse. J'ajoute que, pendant les poussées syphilitiques, j'ai soin de faire porter des lunettes aux malades et de les empêcher de travailler, pour prévenir la congestion oculaire, cause occasionnelle fréquente de l'iritis.

J'ai vérifié encore ce que j'ai exposé en 1868 sur les syphilides cutanées généralisées.

Je termine par la comparaison de la parturition chez les syphilitiques traitées par le mercure et sans le mercure.

26 malades syphilitiques ont accouché à l'hôpital. 16 n'avaient pas pris de mercure, 9 avaient été traitées 6 mois, 3 mois et 1 mois ou moins par les préparations mercurielles.

Sur 16 malades traitées par les toniques, 5 ont mis au monde à terme ou à 8 mois 1/2 un enfant vivant et sain (un premier enfant); 8 ont avorté ou ont mis au monde avant terme un enfant mort; 3 ont eu un enfant à terme ou un peu avant terme, mort dans les 24 heures ou le 17me jour. Vous connaissez un des enfants vivants; je vous l'ai présenté. Cet enfant vit encore; il a aujourd'hui 1 an et se porte aussi bien que sa mère, qui n'a plus aucune trace de syphilis.

Vous voyez la différence sur les 9 femmes traitées par le mercure : — 3 ont eu un enfant vivant (un était un 2me enfant); 1 est mort à 3 mois; 1 vit encore et a des plaques muqueuses; 1 est sorti bien portant avec sa mère. — 5 femmes ont avorté ou ont mis au monde avant terme un enfant mort et macéré. — 1 est accouchée avant terme d'un enfant qui est mort le soir même. La malade dont l'enfant était le plus vivace est une femme qui avait une syphilis faible et qui avait été traitée par 15 bains de sublimé et 6 injections de sublimé (12 milligrammes en tout), lesquelles avaient déterminé, à la place de l'injection, 5 tumeurs dures et une ulcération. L'autre malade, qui a eu un enfant vivant, avait pris 20 pilules de protoïodure; la dernière avait pris cinq mois de mercure un an avant sa grossesse. Ceci prouve que la durée du traitement mercuriel n'a pas d'importance et que le traitement mercuriel pendant la grossesse n'a pas d'importance. Au point de vue même des partisans du mercure, voilà trois faits absolument contradictoires.

Les résultats, on le voit, sont à peu près égaux. J'ai cependant compté contre moi la malade qui avait pris très-peu de mercure.

J'ai eu chez mes malades 50 0/0 d'avortements. Chezles malades traitées par le mercure j'ai eu 55 0/0 d'avortements; la différence est sensible, et, cependant, j'ai compté contre moi une malade qui a avorté à la suite d'une chute, et une malade qui avortait en entrant à l'hôpital.

J'ai cherché, messieurs, si le début de la syphilis comparé à celui de la grossesse influençait l'accouchement.

Sur 8 malades qui avaient pris la syphilis en même temps

qu'elles étaient devenues enceintes, 6 ont avorté; 2 ont mis au monde un enfant sain. Les deux qui ont mis au monde un enfant sain et vivant étaient à leur première grossesse, et n'avaient pas pris de mercure. Sur les 6 qui ont avorté, 1 avait pris du mercure pendant un mois.

Sur 11 malades qui avaient pris la syphilis pendant la grossesse, 4 ont avorté; toutes quatre elles avaient pris du mercure. — 2 ont eu un enfant qui est mort dans les vingt-quatre heures, une de celles-là avait pris du mercure. — 2 ont eu un enfant qui est mort dans les six semaines, une d'elles avait été traitée par le mercure. — 3 ont eu un enfant vivant et sain, une seule avait été traitée par le mercure, c'est celle qui n'avait pris que 12 milligrammes de sublimé.

Sur 5 malades qui avaient la syphilis, six à dix-huit mois avant d'être enceintes, — 3 ont avorté, toutes trois elles avaient pris du mercure avant ou pendant la grossesse. — 2 malades ont mis au monde un enfant vivant, l'une est la malade que je vous ai présentée cette année. L'autre avait pris cinq mois de mercure, elle était à sa seconde grossesse, et son enfant, qui a quatre mois aujourd'hui, a, je viens de vous le dire, des plaques muqueuses.

Constatez ces résultats, messieurs, et voyez où en est l'utilité du mercure.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai déjà dit, mais je conclus encore que la syphilis est une infection, un empoisonnement du sang, qui tend à guérir par l'élimination spontanée du sang contaminé par le virus syphilitique. Toutes les manifestations de la syphilis sont des infarctus des capillaires où s'accumule tout ce qui doit être éliminé sous forme de squames, de croûtes ou de pus en nature. L'infarctus syphilitique est comme le bouton de variole. La quantité de plaques muqueuses, de syphilide papuleuse ou tuberculeuse, mesure la quantité de sang malade à éliminer. Le mercure administré à faible dose ne fait rien. Administré à forte dose, il trouble le mécanisme de l'évolution de la syphilis en même temps qu'il détériore les malades, comme les débilitants administrés dans les prodromes de la variole troublent l'éruption variolique. Au contraire, les toniques, le repos, les grands bains simples et sulfureux, les cautérisations des lésions syphilitiques, en détruisant une partie de la papule et de l'ulcère, hâtent le travail éliminateur. Cette médication tonique, unie à un traitement local, est celle que j'ai instituée dans mon service à l'hôpital de Lourcine; depuis cinq ans son efficacité n'est plus douteuse, et, après cinq ans

d'expériences, je suis de plus en plus convaincu de l'inutilité du mercure.

J'ai déjà dit, et je répète encore, que les syphilis viscérales sont très-rares si l'on ne donne point de mercure aux malades, et si l'on ne trouble pas l'éruption des syphilides, si l'on ne recherche pas dans la pâleur des éruptions obtenues par une médication débilitante une trompeuse apparence d'amélioration. Reconstituez les malades, laissez sortir les éruptions de syphilis, vous aurez moins de syphilides profondes. Certes il y aura des syphilides viscérales chez des malades non traités par le mercure, ce sera chez des phthisiques, des scrofuleux ou des rhumatisants. La syphilis réveillant la scrofule, la phthisie, le rhumatisme, il y aura des lésions complexes des viscères; mais alors ce qu'il y aura de grave, ce ne sera point la syphilis, ce sera la diathèse antérieure. Un individu qui aura eu antérieurement des maux d'yeux sera exposé à une choroïdite, celui qui a en germe une tumeur blanche aura des lésions articulaires, mais ce ne sera plus de la syphilis.

J'ai fini, messieurs. Cette statistique est la dernière que je présente. Je dois quitter l'hôpital de Lourcine à la fin de l'année. Ai-je entraîné la conviction dans vos esprits ? je ne l'espère pas encore, mais cela viendra. Quelques médecins déjà donnent à peine du mercure, d'autres de nos collègues ont écrit que le mercure sans les toniques était absolument impuissant. C'est déjà quelque chose, mais je compte obtenir plus. Je laisserai à l'hôpital de Lourcine, et j'enverrai à l'hôpital Saint-Louis, une copie de mon registre d'observations, et l'on pourra vérifier ultérieurement l'état des malades qui ont été traitées par moi sans mercure, sans s'exposer à des méprises semblables à celles que j'ai relevées ici. L'on verra, comme je l'ai vu pendant cinq ans, que les accidents graves de la syphilis sont moins fréquents chez les malades qui ont été traitées par les toniques que chez les malades qui ont subi de longs traitements mercuriels.

En terminant, je remercie mes collègues de m'avoir conduit à approfondir l'importante question du traitement physiologique de la syphilis. Je les remercie du travail qu'ils m'ont fait accomplir. Et je ne me souviendrai pas de quelques écorchures gagnées ici dans la dispute.

M. G. TEULON. S'abstenir de mercure dans les iritis, ainsi que le conseille M. Desprès, c'est véritablement vouloir risquer le sort de l'œil qui en est affecté; et cela est également vrai pour la choroïdite.

M. DEMARQUAY a été frappé de la facilité avec laquelle, chez les femmes dont a parlé M. Desprès, les accidents secondaires ont disparu sans mercure. Il est donc porté à penser, conformément à son expérience propre, que chez la femme comme chez les enfants, la syphilis est ordinairement moins grave que chez l'homme.

Dans l'ancien service de Desrouelles, M. Demarquay a été à même d'observer la disparition rapide des accidents syphilitiques sous l'influence du séjour à l'hôpital et du simple régime lacté; seulement, les malades n'étaient pas plutôt sortis, que de nouveaux accidents leur survenaient.

Ce n'est donc pas d'après des cas légers que le traitement de notre collègue pourrait être jugé, et je voudrais voir une bonne fois M. Desprès aux prises avec des accidents secondaires ou tertiaires graves.

M. LIÉGEOIS. La base du calcul de M. Desprès est essentiellement fautive, lorsqu'il oppose 60 cas de récidive chez des femmes ayant pris du protoiodure d'hydrargyre, contre 46 qui n'en auraient pas pris. Les premiers 60 cas se rapportent à un nombre considérable de malades soumises au traitement par le mercure. Tandis que les 46 femmes de la seconde série proviennent toutes du petit nombre de malades qui suivirent le traitement tonique de notre collègue.

M. TRÉLAT fait observer que l'assertion de M. Desprès, prétendant avoir guéri des iritis *facilement*, et surtout en 15 et 16 *jours*, prouve que bien des formes graves d'iritis ont dû échapper à notre collègue.

M. DESPRÈS explique à M. Liégeois, au sujet des récidives, que ses statistiques se fondent exclusivement sur des malades ayant pris du mercure, et qui ont été vues antérieurement par lui; conséquemment, le chiffre 60 se rapporte à un nombre déterminé de malades, et l'objection de M. Liégeois n'a pas de valeur.

M. BLOT trouve, au contraire, qu'après l'explication donnée par M. Desprès, l'objection de M. Liégeois reste tout entière debout.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. BROCA présente le cœur d'un homme de 31 ans, mégissier de profession, qui, voulant se suicider, s'est donné, le 26 mai, deux coups de couteau dans le cinquième espace intercostal.

Le malade est transporté presque exsangue à l'hôpital; on le trouve pâle, froid et sans pouls, offrant deux plaies de 12 à 15 millimètres

de diamètre, situées dans le cinquième espace intercostal, l'une à 2 centimètres, et l'autre à 4 centimètres et demi en dedans du mamelon. La première est directement placée sur la ligne intermammaire, la seconde est à 1 centimètre au-dessous; toutes deux sont dirigées de bas en haut et de dedans en dehors.

Pour arrêter le sang, on prescrit de la glace sur la région du cœur, et dès le lendemain les plaies extérieures se ferment.

Le couteau offrait 15 millimètres de large et avait pénétré de 6 centimètres, donc il avait intéressé le poumon, d'autant plus que le malade avait craché du sang. Quant à la blessure du cœur, elle était probable, mais non certaine. En effet, point de matité précordiale à la percussion. Rien dans la plèvre droite, mais à gauche, murmure affaibli, matité avec diminution des vibrations et égophonie.

Le malade, oppressé et très-agité, a dû porter la camisole ; dès le lendemain, celle-ci fut supprimée le jour, et même la nuit à partir du cinquième jour.

Dans la nuit du 1er juin, ce malheureux, de nouveau en proie à son idée fixe, se porta plusieurs coups de fourchette au cou et à la région temporale. Dès ce moment il y eut des signes d'infection purulente suivis de mort, qui est survenue le 10 juin.

L'autopsie a donné les résultats suivants :

Abcès multiples dans le foie, dont un, très-volumineux, s'était vidé dans le péritoine et a provoqué une péritonite.

Dans le poumon droit, abcès métastatique et pleurésie purulente; à gauche, pleurésie avec deux litres d'un liquide séro-hématique et purulent.

Les deux plaies du thorax entièrement cicatrisées offrent la plèvre déjà réparée en ce point, de façon à n'y plus pouvoir distinguer autre chose qu'un liséré légèrement enfoncé et comme demi-transparent. Quant au trajet du couteau dans les chairs, il est à noter qu'on n'en trouve nulle trace.

Une seule plaie, la plus inférieure, avait atteint le péricarde et le cœur. De même que la plèvre, le péricarde est cicatrisé et ne contient qu'une petite quantité de sérosité.

Un caillot fibrineux, sous forme de pseudo-membrane, offrant 1 centimètre et demi de large sur 8 centimètres de long, relie le bord droit du cœur au feuillet pariétal du péricarde.

La surface du cœur offre çà et là d'anciennes taches laiteuses.

Sur la partie inférieure du ventricule gauche, près de la pointe, existe une dépression cicatricielle. L'ouverture du cœur permet

de s'assurer que la cicatrice est déjà solide. Du reste, cette plaie n'était pas pénétrante, et n'avait intéressé qu'une partie de l'épaisseur de la paroi de l'organe.

Malgré l'insufflation, on n'a pu reconnaître le siége exact de la plaie du poumon gauche.

Intéressante à plus d'un titre, cette observation démontre avant tout que les solutions de continuité des parois du cœur, — contrairement à ce qu'on avait dit, — sont susceptibles d'une prompte cicatrisation.

Ce qui a pu contribuer à accréditer l'opinion contraire, c'est que les blessures du cœur peuvent, suivant les cas, entraîner une mort rapide ou permettre à l'individu de survivre. Dans le premier cas, on trouve la plaie non encore cicatrisée, et dans le second on reste toujours dans le doute s'il y a eu en réalité blessure de l'organe. Il faut des cas tout à fait exceptionnels, où la mort soit survenue, comme ici, par une autre cause que la blessure, pour arriver à tirer au clair la question, encore controversée, de la cicatrisation des plaies du cœur.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, F. Panas.

SÉANCE DU 22 JUIN 1870

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : le *Journal de médecine de l'Ouest*; — le *Bulletin de la Société de médecine de Paris pour* 1869 ; — le

Compte rendu des travaux de la Société médicale d'émulation de Montpellier, 1867-1869;

— *De la dilatation du canal par l'urine dans les cas de rétrécissement de l'urèthre*, par le docteur Beranger-Féraud. Brochure de 20 pages;

— *Sur les voies de propagation du processus inflammatoire*, par Billroth; publié dans le *Samenlung Klinischer Vortrage*, de Richard Volkmann;

— *Traité des fistules uro-génitales chez la femme*, par le docteur Deroubaix (de Bruxelles). 1870. Grand in-8°;

— *Sur le traitement de l'anévrysme intra-thoracique par la ligature digitale*, par Christophe Heath (de Londres). Renvoyé à une commission composée de MM. Broca, Verneuil et Le Fort.

M. DEPAUL annonce qu'une nouvelle *opération césarienne* vient d'être faite par M. Closmadeuc (de Vannes). La malade est à son quatorzième jour; la convalescence marche bien. L'observation complète sera adressée plus tard à la Société.

M. BROCA présente, au nom de M. Molas (d'Auch), un kyste stratifié du volume d'un petit œuf, probablement hématique, provenant de l'intérieur de la poitrine d'un vieux coq.

M. GIRALDÈS rend compte d'un travail de M. Achard sur la *résinothérapie* appliquée aux plaies.

M. LARREY rappelle que le conseil de santé de l'armée avait suivi les premières recherches de M. Achard. Il pense que dans certains cas les applications résineuses activent la cicatrisation, et son père se servait souvent de l'onguent Styrax et autres topiques résineux avec succès. Déjà, du temps de l'Académie royale de chirurgie, on avait insisté sur l'action cicatrisante des préparations résineuses dans les plaies atoniques.

M. DESPRÈS, en réponse aux objections qui lui ont été adressées dans la dernière séance, au sujet du traitement de l'iritis sans mercure, résume tous les cas qu'il a eus à traiter comme il suit:

En cinq ans, j'ai observé 37 iritis et 6 choroïdites. Je ne parle pas des malades qui sont entrées chez moi avec les yeux perdus, après un traitement mercuriel.

Au début, j'ai traité 8 malades par les mercuriaux, le protoiodure et le calomel, et le collyre mydriatique. Les iritis duraient quinze jours à cinq semaines, et les malades ont conservé quelques synéchies.

31 iritis traités sans mercure ont été guéris dans l'espace de huit à seize jours, sauf trois malades, qui ont eu : l'un un abcès de l'iris,

l'autre une kératite diffuse, l'autre des douleurs oculaires vives, et pour lesquelles deux et trois ponctions de la cornée ont été faites, et ont amené en moins de huit jours la guérison des accidents. Sauf quelques cas d'iritis, les malades ont conservé des synéchies.

Sur 6 choroïdites consécutives à des iritis, 1 a été suivie d'atrophie de la papille et de pigmentation rétinienne. La malade était aveugle de cet œil quand elle est entrée dans mon service. Elle venait d'être traitée par le mercure pour une iritis pendant six mois (par les frictions mercurielles et les pilules de protoiodure); une a eu une atrophie choroïdienne, elle sortait de prendre 100 pilules pour un iritis.

J'ai vu une rétinite hypérémique chez une femme syphilitique. Elle a disparu en peu de temps, grâce aux purgatifs répétés et aux badigeonnages de la tempe avec la teinture d'iode.

Je répète que j'ai traité les iritis syphilitiques par les moyens que l'on emploie pour les iritis inflammatoires; le collyre mydriatique, les vésicatoires aux tempes, les purgatifs, les sangsues aux cuisses, si l'iritis apparaissait un peu avant les règles. Je poursuis l'usage du collyre mydriatique pendant huit jours après la disparition de la rougeur et de la douleur. Quand au bout de quinze jours les malades ne sont pas guéris, quand il y a des abcès de l'iris, ou ce qu'on appelle des condylomes, je fais une, deux ou trois ponctions de la cornée, qui guérissent le mal en trois ou huit jours.

J'ai traité les choroïdites de même. Toutes les malades qui n'avaient pas l'œil perdu en entrant dans mes salles, sont sorties améliorées ou conservant une vision suffisante, quoiqu'elle ne restât point parfaite.

RAPPORTS

M. GIRAUD-TEULON, au nom d'une commission composée de MM. Verneuil, Trélat et lui, lit son rapport sur le travail de M. Masgana, intitulé : *Tumeur fibro-cystique de l'œil gauche. — Perforation de la voûte orbitaire.— Extirpation.— Guérison.*

Dans la séance du 1er juin, vous nous avez chargés, MM. Verneuil, Trélat et moi, de prendre connaissance d'une observation adressée à la Société par M. le docteur Masgana, chirurgien de l'hôpital de Smyrne, sur un cas d'extirpation d'une tumeur orbitaire.

Je viens aujourd'hui, au nom de votre commission, vous présenter les réflexions que lui ont suggérées la lecture et l'étude de cette observation intéressante.

Le 24 juillet-5 août 1869, se présenta à l'hôpital de Smyrne la nommée Eugénie D... (d'Aidin), âgée de 26 ans; cette femme, quoique d'une constitution lymphatique, a toujours joui d'une bonne santé; mariée à 16 ans, elle a eu deux enfants bien portants.

Il y a environ quatre ans, elle fut atteinte d'une céphalalgie qu'elle ne put attribuer à aucune cause déterminée et qui occupait la région sus-orbitaire du côté gauche : des douleurs sourdes, une pression, se faisaient sentir au fond de l'orbite, comme si, disait-elle, « on voulait me faire sortir l'œil. »

A ces symptômes vinrent bientôt se joindre une amblyopie graduelle, l'apparition de mouches volantes, enfin les phénomènes extérieurs d'un exorbitisme commençant. Les tissus antérieurs du globe, d'abord apparemment sains, finirent par s'altérer. La cornée s'opacifia, s'épaissit, s'ulcéra; la conjonctive, la sclérotique, se couvrirent de bourgeons charnus et d'ulcérations; enfin, au bout de quinze mois, le globe entier, faisant saillie entre les paupières, s'offrait à la vue comme une tumeur charnue, rouge et saignante, de la grosseur d'un petit œuf de poule.

Le développement de cette exophthalmie mit fin à la céphalalgie proprement dite; des douleurs lancinantes dans la tumeur, assez fortes pour troubler le sommeil de la malade, persistèrent seules et résistèrent à tous les moyens employés pour les combattre.

Tous ces détails, ajoute M. le docteur Masgana, ne me sont fournis par la malade qu'avec beaucoup de difficultés; l'intelligence paraît, chez elle, paresseuse; l'articulation des mots, les réponses au moins sont très-lentes. Ce fait trouvera son explication dans le courant de l'observation.

État actuel :

La face est amaigrie et pâle, la physionomie générale celle de l'épuisement.

La région orbitaire gauche est remplie par une tumeur saillante de la grosseur d'une petite orange, qui paraît comprendre tous les tissus de l'organe oculaire et de ses dépendances immédiates. Cette tumeur est rouge, saignante, inégale, un peu douloureuse au toucher, dure et rénitente à la pression. A la partie externe et supérieure (environ au tiers externe) de sa surface, on remarque un point noir, terne, recouvert des débris flasques et ridés de la cornée, et, en arrière, l'ouverture pupillaire dans laquelle se reconnaissent les vestiges d'un cristallin opacifié, en dehors des traces de sclérotique altérée; en un mot, on dirait que tout le globe oculaire a été refoulé et aplati dans cet angle par la tumeur développée en arrière

de lui. L'aspect est, à s'y méprendre, celui des tumeurs cancéreuses ulcérées, sauf en un point très-limité, l'angle interne, où la tumeur est lisse et humide.

La paupière inférieure, déprimée, adhère, par tout son bord libre, à la tumeur, et ne peut en être détachée. La paupière supérieure, au contraire, peut, du moins par son bord libre, dont les cils sont conservés, glisser sur la tumeur, dont le manche du scalpel le sépare aisément. Les sourcils sont refoulés en haut, à peu près à 2 centimètres et demi au-dessus de leur situation normale. La photographie ci-jointe donne une idée de l'état des choses.

La malade accuse peu de sensibilité au toucher; mais des douleurs lancinantes spontanées, un sentiment de pression intra-orbitaire intolérable, une insomnie féroce, lui font instamment réclamer le secours d'une opération libératrice.

Une consultation fut réunie par les soins du docteur Masgana. Elle se composait de MM. Béguin, chirurgien principal de la frégate française *la Thémis*, des docteurs Japhet, chirurgien de la marine française, médecin sanitaire de France à Smyrne ; Latry, Miltiadi Mecredis, Klado, Raffinesque, médecin de l'hôpital, Von Teischtorff, médecin du chemin de fer, et d'autres médecins de la ville.

Toute l'assistance s'arrêta à l'idée d'une tumeur cancéreuse ulcérée ; néanmoins, malgré la gravité du pronostic, les instances de la malade furent écoutées, et M. Masgana se résolut à l'opération.

Nous laissons ici la parole à l'opérateur :

Voici comment je procédai, ayant pour aides principaux MM. Béguin et Japhet :

Une incision de 3 à 4 centimètres prolongea la commissure externe des paupières en se dirigeant obbliquement un peu en haut et en dehors. Une seconde incision, presque verticale, partit de l'angle interne de l'œil et fut conduite de la caroncule jusqu'au-dessus et en dedans du sourcil. Mon but était de conserver la paupière supérieure, de la disséquer lentement, et, après l'extirpation de la tumeur, de la rabattre sur la cavité orbitaire.

Cette dissection se fit en effet assez facilement, grâce au peu d'adhérence de la paupière à la tumeur, et je pus ainsi remonter sur le frontal jusqu'à 2 centimètres au-dessus de l'arcade sourcilière osseuse.

Je commençai alors, avec beaucoup de précautions, le décollement de la tumeur de la cavité orbitaire, et, pour cela, je ne me servais plus que du dos de mon scalpel et de l'ongle de l'indicateur. A mesure que je pénétrais dans la cavité orbitaire, un écoulement

de sang de plus en plus abondant me gênait davantage. Le décollement cependant se faisait facilement, quand, au moment où je m'y attendais le moins, la tumeur, qui était très-tendue, se rompit brusquement sous la pression de mon ongle, et un jet assez notable de liquide fut lancé à une assez grande distance. Ce liquide était jaune-verdâtre, comme celui des kystes. La tumeur s'affaissa ; mais, en même temps, une véritable hémorrhagie se manifesta. En ce moment, je mis mon doigt dans la cavité, et je m'aperçus que la voûte orbitaire était percée d'un trou qui reçut facilement mon doigt Indicateur, lequel put pénétrer dans la cavité crânienne jusqu'à la moitié de la deuxième phalange et sentir parfaitement l'encéphale.

A peine le doigt fut-il retiré que, par cette ouverture, s'échappèrent deux lamelles ayant chacune une longueur de 2 à 3 centimètres et une largeur d'un demi-centimètre environ. Cette substance offrait entre les doigts la couleur et la consistance de la substance cérébrale. Elle a été touchée par plusieurs des confrères présents, qui ont également constaté la perforation de la voûte orbitaire et sa communication établie entre l'orbite et la cavité encéphalique.

Cependant, l'hémorrhagie continuant toujours, je me hâtai de terminer, en disséquant plus rapidement le reste de la tumeur et en emportant avec elle toute la paupière inférieure qui adhérait au kyste (Je puis dès à présent nommer ainsi cette tumeur). Je rabattis la paupière supérieure, sans faire de suture, et je bourrai la cavité béante de charpie imbibée d'eau. Des compresses d'eau glacée furent appliquées sur le tout, et la malade épuisée fut reportée dans son lit, où on lui fit boire quelques cuillerées de vin vieux et de bouillon.

L'examen de la tumeur put nous convaincre que nous avions sous les yeux un tissu fibreux comme celui de tous les kystes, et ce fait nous fut confirmé le lendemain par M. Béguin, qui avait emporté la tumeur à son bord pour l'examiner au microscope. Ce chirurgien n'y trouva aucune trace de cellule cancéreuse ; toute la poche était constituée par des tissus fibreux comme celui de tous les kystes séreux.

Les suites de cette opération furent des plus satisfaisantes ; les douleurs cessèrent, l'hémorrhagie s'arrêta d'elle-même. Pour la première fois depuis longtemps, la malade a joui des bienfaits du sommeil; le lendemain et jours suivants, point de réaction.

L'appareil est demeuré en place quatre jours ; lorsqu'il est enlevé,

apparaît une suppuration peu abondante, de bonne qualité, sans odeur. Toutes les parties altérées qui n'ont pu être enlevées pendant l'opération sont maintenant entraînées par le lavage ou de légers raclements opérés avec l'ongle. Le trou de la voûte orbitaire est toujours béant, et, au travers de ses bords émoussés, le doigt pénètre aisément et sans douleur dans la cavité crânienne. En même temps, et pour la première fois, sur la paroi interne de l'orbite, indépendamment de l'orifice du canal nasal, se remarque un autre trou qui paraît dû à l'usure opérée par la tumeur. Quelques fragments d'os de quelques millimètres se détachent aisément sous le doigt; la fente sphénoïdale est visible au fond de l'orbite.

Les pansements ultérieurs consistent en lavages à la décoction de ratanhia et en applications de charpie imbibée du même liquide.

La cicatrisation de cette vaste plaie, la réparation des pertes de substance des parois orbitaires par bourgeonnements charnus, la reconstitution de la malade, demandèrent trois mois environ, malgré deux menaces d'érysipèle de la face, survenues à deux mois de distance, mais n'ayant heureusement pas atteint les bords de la plaie.

A la fin de ces trois mois, la malade offrait l'aspect offert par cette seconde photographie. On ne dirait point, en la comparant à la première, que ce soit le même sujet qui ait posé, tant un embonpoint nouveau modifie ses apparences.

La plaie est complétement cicatrisée, le canal nasal est oblitéré, et cependant il n'y a aucun écoulement de larmes. Quoique le fait s'explique indépendamment de la présence ou de l'absence de la glande lacrymale, il est regrettable que la dissection de la tumeur n'ait point fait connaître expressément ce qu'était devenue ladite glande, atrophiée, sans doute, comme les autres tissus oculaires. L'olfaction est intacte.

Maintenant, si l'on pose des questions à la malade, on constate, dans ses réponses, les mêmes lenteurs que précédemment ; elle comprend assurément tout ce qu'on lui dit; ses idées sont nettes, elle prend très-bien l'initiative d'une demande ; mais elle semble faire un effort pour parler et répondre; ses phrases sont courtes. En un mot, il semble exister là une forme, un caractère, un degré d'aphasie. Cette circonstance est en rapport avec la doctrine de la localisation, de la détermination de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau.

Réflexions. En terminant cet intéressant récit, M. le docteur Masgana se pose les deux questions que voici :

Premièrement, quelle est, se demande-t-il, la nature de cette tumeur?

Secondement, quelle est la substance de ces deux lamelles blanches recueillies à l'entrée de la perforation crânienne par le doigt introduit dans les premiers instants de l'opération?

Sur la première question, — vu l'absence de tout détail autre que celui accusant la présence unique dans la masse extraite de l'orbite d'une poche fibreuse y demeurant seule après l'issue subite et par projection brusque d'un liquide séreux, — vu l'absence de tout élément cellulaire suspect dans les tissus examinés au microscope, tant immédiatement après l'opération que pendant le cours de la cicatrisation; — vu l'excellence de la cicatrisation et l'absence de toute récidive, pouvons-nous nous refuser à conclure, avec l'auteur, qu'il s'agissait dans le cas actuel d'une tumeur cystique classique, née et développée graduellement dans l'orbite? Les annales de la science contiennent de ces faits assez d'exemples pour que leur renouvellement de temps à autre ne doive pas frapper d'étonnement.

Ces exemples, sans être très-nombreux, le sont cependant assez pour que les pathogénistes modernes semblent même disposés à les rattacher à un mécanisme régulier de physiologie pathologique, en les faisant dériver de la même origine que les hygromas. Comme, dans l'espèce, nulle circonstance particulière ne peut permettre de prétendre qu'il en ait été réellement ainsi, nous laisserons de côté cette étiologie obscure encore.

En énonçant son opinion, M. le docteur Masgana ajoute qu'un des assistants a paru disposé à penser que la tumeur était l'effet d'une hernie congénitale du cerveau. Nous ne savons sur quelle circonstance ce confrère a motivé cette manière de voir, et nous trouvons que M. Masgana y répond judicieusement en rappelant que c'est seulement après sa vingtième année que la malade a commencé à souffrir dans sa santé générale ou locale, et que ce fait ne s'accorderait pas sans quelque difficulté avec une hernie datant de la naissance.

En l'absence de tout indice sur la marche suivie par le kyste dans son développement, l'analogie des lésions observées dans ce cas avec celles constatées dans un certain nombre d'autres, dans celle de Richerand, par exemple, doit porter à penser que ce kyste, né dans un point quelconque de l'orbite, a agi par compression résorbante graduelle sur les obstacles osseux qui le limitaient en dedans, comme il a agi sur le globe lui-même en dehors. L'histoire

entière des tumeurs nées dans l'orbite et les cavités limitrophes est évidemment en faveur de cette conclusion.

Le diagnostic différentiel, d'après la narration qui précède, ne pouvait guère être suspendu, suivant nous, qu'entre le kyste fibreux proprement dit, et le kyste à hydatides. Mais l'auteur n'a rencontré d'acéphalocyste, ni lors de l'ouverture de la tumeur, ni dans les produits ultérieurement éliminés; et comme le kyste hydatique n'a de critérium positif que dans la vésicule spécifique, la seule raison pour nous d'énoncer cette hypothèse n'eût été que dans la fréquence relative de cette sorte de kyste.

L'auteur, comme nous avons vu, se demande en second lieu quelle pouvait bien être la nature des lamelles blanchâtres amenées par le doigt, dans le cours de l'opération, de l'intérieur du crâne, et dont toute l'assistance a constaté la ressemblance avec la substance même du cerveau. Votre commission, s'appuyant sur l'opinion d'un de ses membres devant lequel le même phénomène s'est produit, s'est rangée au même sentiment éminemment probable.

Nous bornerons ici une discussion presque superflue. Ce qui est ici particulièrement intéressant, c'est l'opération même très-judicieusement conduite et dirigée. Et à ce propos, qu'on nous permette de rendre hommage au mérite et au courage du chirurgien auteur de cette observation.

Une chose en effet est évidente, c'est que le docteur Masgana n'avait nulle certitude d'avoir affaire à une tumeur opérable. Il n'existait point, à la vérité, de contre-indication; mais on était en présence du danger probable d'une opération non-seulement inutile, mais peut-être inachevable, et, dans la plus favorable des suppositions, appelée à récidive. Mais l'hypothèse contraire pouvait être le salut de la malade; et à cette chance faible, mais réelle, notre honorable confrère a, sans hésiter, sacrifié la probabilité d'un échec opératoire, c'est-à-dire personnel. Votre commission ne peut que tenir à honneur d'être, à cet égard, l'interprète des sentiments approbatifs de la Société de chirurgie.

En conséquence, la Commission a l'honneur de vous proposer de décider le dépôt de cette observation dans vos archives, d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments, et de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de correspondant étranger.

M. VERNEUIL dit qu'en explorant un cancroïde de la tempe, il lui est arrivé de toucher une circonvolution cérébrale, qu'il entama même sans qu'il en résultât aucun accident.

COMMUNICATION

Ovariotomie. — Guérison. — M. LIÉGEOIS. Mme X..., âgée de 61 ans, est une femme bien constituée ; elle a eu deux enfants ; sa grossesse et ses couches ont été normales. A l'âge de 46 ans ses règles ont disparu, mais depuis trois ans elles sont revenues avec la même abondance qu'autrefois. Ce fut à cette époque qu'elle s'aperçut que son ventre grossissait ; n'en éprouvant aucune souffrance, aucune gêne, elle attribua ce développement à l'embonpoint, jusqu'à l'instant où il acquit un volume considérable. Effrayée alors des proportions qu'il prenait, cette femme vint me visiter le 1er avril. Alors l'abdomen mesurait en circonférence 118 centimètres au niveau de l'ombilic, en hauteur 55 centimètres de l'appendice xyphoïde au pll sus-pubien. Dans la cavité abdominale, on sentait manifestement une vaste tumeur bien limitée, uniformément ronde, donnant aux mains exploratrices la sensation de fluctuation que donne un liquide un peu épais.

Le toucher vaginal permit de constater un utérus normal, mobile sous le doigt. Au point de vue de l'état des principales fonctions, les digestions étaient souvent pénibles, la respiration un peu gênée, surtout lors de la marche, la circulation cardiaque normale ; de l'œdème existait sur toute l'étendue des membres inférieurs et à la partie la plus déclive de l'abdomen.

Ayant égard d'une part à la bonne constitution de la malade ; ayant tout lieu de supposer, d'autre part, que le kyste était libre d'adhérences, je n'hésitai pas, malgré l'âge avancé du sujet, à proposer l'ovariotomie. Sa résolution fut prise à l'instant même ; seulement, n'étant pas dans une position de fortune qui lui permît de se faire opérer hors de Paris, elle réclama de moi que l'opération se fît chez elle, rue Affre, à la Chapelle.

L'opération fut pratiquée le 26 avril, en présence de MM. Boinet, Tarnier, Sée, Clément, Aubrun fils et Lozey, interne des hôpitaux. La paroi abdominale étant incisée entre le pubis et l'ombilic, dans une étendue d'environ 12 centimètres, un premier kyste fut vidé rapidement. Le liquide qui s'en échappa était visqueux, brun-jaunâtre ; un second kyste un peu plus gros qu'une tête de fœtus put passer par l'ouverture ventrale, après toutefois avoir légèrement agrandi celle-ci. Le pédicule du kyste, qui était court et charnu, fut lié avec une forte ficelle, puis coupé en deçà de la ligature.

Celle-ci ayant glissé, une hémorrhagie se fit par une artère du pédicule, mais on l'arrêta facilement en jetant sur elle une anse de fil.

Après quoi, un clamp écraseur étreignit le pédicule. Une petite quantité de sang s'était écoulée dans le cul-de-sac péritonéal. Quelques éponges portées au fond de celui-ci l'en débarrassèrent complétement. Enfin la réunion de la plaie fut faite avec six points de suture métallique profonde et trois points de suture superficielle, en prenant toutefois la précaution de comprendre le pédicule dans deux points de suture profonde.

L'opération avait duré 25 minutes. Le kyste contenait, outre les deux poches que nous avons signalées, quelques autres petits kystes situés soit à la surface interne de la paroi des grands kystes, soit dans leur épaisseur.

Pendant les cinq premiers jours qui suivirent l'opération, la malade ne se plaignit que de quelques douleurs légères au niveau de la plaie.

Le 1er et le 2 mai, les sutures furent enlevées. Le 3 mai le clamp se détacha. Le 4 mai le pédicule était notablement rétracté, de façon à déterminer à son niveau un infundibulum assez spacieux et dans lequel s'accumulait de la sérosité mélangée à des débris gangréneux provenant de la surface de ce dernier. Ce liquide était noirâtre et d'une fétidité extraordinaire.

Le 6 mai, la malade m'apprend qu'elle a rendu des urines dont l'odeur était infecte ; je constate, non sans un certain étonnement, que l'urine rendue avait la couleur et l'odeur du liquide contenu dans l'infundibulum qui correspond au pédicule. Mais une sonde introduite dans la vessie me fait reconnaître que ce n'est pas dans le réservoir que s'est produit ce mélange. L'urine était complétement claire. Ayant alors porté mon doigt dans le vagin, je constatai qu'il était presque rempli par une matière ichoreuse en tout semblable à celle de l'infundibulum. Cette matière n'avait pu évidemment parvenir dans cette partie des voies génitales que par son passage à travers la trompe, demeurée béante après la chute du clamp. La présence de ce liquide dans le vagin, l'utérus et les trompes, ne donna lieu, du reste, à aucun accident. Au bout de cinq ou six jours, ces organes ne paraissaient plus en recéler. Le 10 mai, la malade a une indigestion, avec vomissements nombreux qui éveillent dans la paroi du ventre et dans la cavité péritonéale une sensibilité très-vive. Le 15 mai, un abcès se développe dans l'épaisseur de la plaie, qui jusqu'ici avait paru réunie d'une façon

immédiate; les jours suivants, le pus s'échappe par la lèvre antérieure désunie et l'infundibulum. Le 31 mai, les parois de l'abcès sont complétement réunies, et celles de l'infundibulum complétement cicatrisées. Le 21 juin, la malade se lève et commence à vaquer à ses occupations.

Luxation sus-pubienne irréductible chez un vieillard. — Fracture du col du fémur par suite des tentatives de réduction. — Mort quatre ans après. — Autopsie. — M. VERNEUIL. Les tentatives de réduction avaient été faites 28 à 36 heures après l'accident. Le malade se plaignait, depuis l'accident, de vives douleurs le long du trajet du nerf crural. La traction parallèle n'a été employée que quelques instants, et tous les procédés de rotation, soit en dedans soit en dehors, ayant échoué, on se décida à coucher le malade par terre, afin d'opérer le mouvement de circumduction du membre, combiné à une traction modérée. Bien que M. Verneuil procédât sans le secours d'aide, il vit se produire à la première tentative une fracture du fémur.

Après comme avant l'accident, la tête de l'os n'avait éprouvé aucun changement de position. Elle restait fixe sur la branche iléo-pubienne, comme si elle y avait été clouée. Chose digne à noter, les douleurs le long du nerf crural, dont le blessé s'était plaint jusque-là, cessèrent de suite après la fracture, et le malade aurait fini très-probablement par recouvrer un degré de déambulation suffisant, si, à cause de son âge avancé et d'une paralysie de l'autre membre, il n'eût été forcé de s'aliter jusqu'à sa mort, qui survint *quatre ans* plus tard, à l'hospice de Bicêtre. Grâce à l'obligeance de MM. Sée et Tillaux, l'autopsie a pu en être faite, et M. Verneuil met la pièce sous les yeux de la société.

On y constate ce qui suit:

La tête, complétement isolée du reste de l'os par une fracture siégeant près de la jonction du col avec les trochanters, appuie sur l'échancrure intermédiaire à l'épine iliaque antérieure et inférieure et à l'éminence ilio-pectinéale.

Au moment de la luxation, au lieu de rester sous le psoas, comme c'est la règle en pareil cas, la tête a traversé la boutonnière musculaire, formée par le psoas en dedans et par le tendon droit antérieur en dehors.

De là, la facilité avec laquelle on sentait celle-ci sous la peau, et l'impossibilité de réduire l'os, toute traction ayant pour effet de rétrécir la boutonnière en question.

La tête a contracté des adhérences avec la capsule. La cavité cotyloïde, outre qu'elle est comblée en grande partie par du tissu adipeux, se trouve recouverte par l'obturateur interne. Le petit trochanter correspond au cotyle, et prend un point d'appui sur la partie supérieure du sourcil cotyloïdien. Enfin le tissu osseux du fémur paraît très-solide, et l'on ne pourrait invoquer une friabilité sénile de cet os pour expliquer la fracture, que des obstacles insurmontables à la réduction motivent suffisamment.

MM. BLOT et LARREY croient que malgré l'aspect compacte de l'os, son tissu doit être plus friable. M. Larrey ajoute que le même accident est arrivé entre les mains de Malgaigne dans le service de Velpeau, pour une luxation iliaque.

M. DESPRÈS cite un fait inédit de la pratique de son père. La fracture avait été produite en voulant réduire une luxation déjà ancienne par le procédé qui porte son nom.

M. BROCA fait observer que s'il ne s'était pas agi d'un malade vieux et impotent, l'accident de la fracture aurait tourné, en somme, en faveur du blessé, et il serait à désirer qu'on eût à sa disposition un procédé sûr, permettant de fracturer le col fémoral, en cas de luxations ilio-pubiennes et ovalaires irréductibles.

M. TILLAUX insiste sur l'intégrité de la partie antérieure de la capsule et du ligament de Bertin, comme venant à l'appui des opinions qu'il a soutenues au sein de la Société, sur le rôle que joue la portion conservée de capsule dans la détermination des diverses espèces de luxations du fémur.

Dans l'idée de M. Tillaux, ce qui a occasionné la fracture, c'est bien le mouvement de rotation imprimé à l'os par M. Verneuil, alors qu'il n'avait pas essayé de désengrener les os à l'aide d'une traction préliminaire, et non la boutonnière musculaire.

M. SÉE croit que si M. Verneuil avait fatigué les muscles par une traction prolongée, telle que la traction élastique, il serait parvenu à réduire.

M. VERNEUIL répond qu'il n'aurait pas manqué d'essayer de tous les procédés connus, si l'accident de la fracture ne l'en avait empêché.

Quant à la traction élastique en elle-même, bonne dans certains cas de luxation de l'épaule, elle n'a pas encore fait ses preuves pour la cuisse.

M. LE FORT fait observer à son tour que toute traction, en resserrant la boutonnière musculaire, n'aurait fait que s'opposer à la réduction.

M. DESPRÈS est d'avis qu'il ne faudrait pas inférer de l'état actuel des choses à ce qui a pu exister antérieurement. La luxation, vieille de quatre ans, a pu se compliquer de déplacements consécutifs ayant changé du tout au tout la configuration et les rapports des parties. Cela est d'autant plus probable que, d'après Malgaigne, les luxations coxo-fémorales sont pour la plupart incomplètes.

M. VERNEUIL peut affirmer que la tête occupe la même place que sur le vivant, et pendant un mois qu'il avait gardé ce malade à l'hôpital, la tête n'avait pas bougé.

LECTURE

Note sur un signe de certaines fractures de la face. — M. DUBREUIL. Les professeurs Jarjavay et Richet ont, dans leurs leçons cliniques, signalé l'anesthésie d'une moitié de la lèvre supérieure comme survenant à la suite de traumatismes ayant porté sur la région génienne.

Cette paralysie de la lèvre est attribuée par ces chirurgiens à une lésion du nerf sous-orbitaire, qu'aucun d'eux n'a, je crois, eu l'occasion de vérifier à l'autopsie. Mais, tandis que Jarjavay la considérait comme symptomatique d'une fracture de l'os malaire, Richet en fait un signe de la fracture du maxillaire supérieur.

Voici une pièce prise sur un malade qui a présenté cette anesthésie hémilabiale, et j'en ai eu, il y a quelque temps, entre les mains une autre, où j'ai trouvé une lésion analogue du nerf sous-orbitaire et des os ; mais le blessé ayant rapidement succombé, sans sortir de l'état comateux dans lequel il était tombé depuis l'accident, je n'ai pu m'assurer expérimentalement de l'insensibilité de la lèvre supérieure.

Quant à celui dont voici le maxillaire, et qui a survécu un mois et demi, j'ai à plusieurs reprises constaté l'anesthésie de la moitié gauche de la lèvre supérieure ; le malade n'accusait aucune sensation quand on piquait avec une épingle cette partie habituellement si sensible des téguments.

A l'autopsie, j'ai trouvé que le nerf sous-orbitaire était complétement déchiré à la sortie du canal du même nom, tandis que, chez l'autre blessé, il était rompu dans le canal lui-même.

Dans les deux cas, la lésion s'était produite pendant une chute dans laquelle un corps saillant, le fond d'un volet pour ce malade, avait frappé fortement la partie supérieure de la joue ;

dans les deux cas, il y avait un aplatissement assez prononcé de la saillie zygomato-maxillaire.

En somme, chez les deux blessés que j'ai eu récemment l'occasion d'observer et qui m'ont présenté une rupture du nerf sous-orbitaire, il y avait à la fois fracture de l'os malaire et fracture du maxillaire supérieur, cette dernière intéressant la paroi antéro-externe du sinus, et laissant intacte l'interne, ainsi que le rebord alvéolaire, au-dessus duquel elle siége.

C'est, je le crois, une variété spéciale de fracture du maxillaire supérieur, distincte à tous égards de celle étudiée par M. Alphonse Guérin, laquelle, succédant à un traumatisme agissant au-dessous de l'ouverture des narines, sépare la portion palatine de la partie supérieure du corps de l'os.

Celle que je signale est due à un choc agissant dans une direction antéro-postérieure, un violent coup de poing, une chute sur un corps saillant, un traumatisme enfin qui tend à enfoncer l'os malaire dans le sinus maxillaire, brise le premier et fait éclater la paroi antéro-externe du sinus, l'interne restant intacte.

Comme symptômes de cette fracture, je signalerai la dépression, l'aplatissement de la partie supérieure de la joue, dus à l'enfoncement de la saillie zygomato-maxillaire;

L'insensibilité de la moitié correspondante de la lèvre supérieure, qui, chez les deux blessés dont j'ai pu faire l'autopsie, se rattachait à la déchirure du nerf sous-orbitaire.

Je dois dire que, dans deux ou trois cas où j'ai pu observer ce signe à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de Jarjavay, et qui se sont terminés par la guérison, la sensibilité de la lèvre a reparu peu à peu au bout de quelque temps.

Je noterai enfin un dernier caractère de la fracture, que l'on peut percevoir en introduisant le doigt dans la cavité buccale. C'est l'affaissement de la voûte fermée en dehors par l'os malaire, qui se trouve affaissée et rapprochée de la tubérosité maxillaire.

En outre, chez le sujet dont voici la moitié de la face, et qui a succombé à un abcès du cerveau, il y avait une fracture incomplète de l'apophyse ptérygoïde, et des fractures non consolidées du corps et de la grande aile gauche du sphénoïde, ainsi que de l'os planum de l'ethmoïde.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeurs du bras. — M. LE FORT présente un de ses malades,

affecté de deux tumeurs volumineuses du bras, et désire connaître l'avis de la Société sur la nature de celles-ci.

Il s'agit d'un vieillard, amputé de longue date, et qui porte actuellement deux tumeurs au bras, sur le trajet de l'artère humérale. La racine du membre a beaucoup augmenté de volume, surtout depuis six mois. Le début de la tumeur remonte en 1864; elle est molle, fluctuante, sans battements, ni expansion, ni souffle, sauf en haut, où il y a compression des vaisseaux. La ponction exploratrice avec le petit trocart, dit de Dieulafoy, permit de retirer 250 grammes de liquide couleur chocolat, puis du sang pur; en tout, 800 grammes de liquide. La poche en contenait quatre fois autant et l'on crut prudent de s'arrêter. La cavité s'est trouvée le lendemain aussi distendue que la veille. M. Le Fort avance qu'avec ces signes il est très-embarrassé pour porter un diagnostic précis.

M. LARREY dit avoir vu une tumeur analogue se développer dans la même région, à la suite d'une piqûre; l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'une production fibroplastique, ainsi que la Société de chirurgie a pu le constater alors.

Nævus hypertrophique de la région fronto-sourcilière droite chez un enfant de 2 ans. — M. GUÉNIOT. La tumeur s'étend transversalement de la racine du nez à la région temporale droite, et, en hauteur, de la paupière supérieure, qui est restée indemne de toute lésion, jusqu'à la partie supérieure du front, où elle se confond avec les cheveux. Elle a près de 8 centimètres dans sa plus grande longueur et près de 6 centimètres dans son diamètre vertical. Elle occupe l'épaisseur même de la peau de la région, dont les divers éléments hypertrophiés la constituent. Sa mobilité sur les parties profondes lui permet de retomber naturellement comme un voile au-devant de l'œil. Aussi l'enfant, pour y voir de côté, est-il obligé de relever avec la main ladite tumeur. Celle-ci a une consistance demi-dure et se trouve recouverte de poils bruns très-longs et très-abondants. Le développement des vaisseaux sanguins ne paraît pas être prédominant sur l'hypertrophie des autres éléments de la peau. L'enfant jouit d'une bonne santé générale et n'offre pas d'autre difformité. Convient-il d'intervenir à l'effet de le débarrasser de cette tumeur, qui annihile la vision de l'œil droit, ou bien est-il préférable de l'abandonner aux inconvénients d'un développement ultérieur de la tumeur?

M. DESPRÈS croit à une hypertrophie pure et simple de tous les

éléments de la peau; aussi veut-il qu'on en garde suffisamment pour éviter l'ectropion.

M. TRÉLAT, préoccupé surtout d'en enlever le plus possible pour faire disparaître la difformité, n'en veut conserver qu'une simple bande pour représenter le sourcil. S'il survient de l'ectropion, on agira plus tard.

M. GIRAUD-TEULON est pour la conservation d'une portion suffisante, voulant éviter à tout prix l'ectropion.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 29 JUIN

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le *Bulletin général de thérapeutique*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*.

— Le tome VI, 2e série des *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris* (année 1869).

—*Névrotomie dans le tétanos traumatique*. Broch. in-8°, Lyon, 1870; par le docteur Letiévant, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

— *Notice sur la vie et les œuvres du docteur Jean-Noël Roux (de Brignolles)*, par le docteur Sirus Pirondi.

— *Relevé statistique des malades traités à l'Hôtel-Dieu de Toulouse pendant deux semestres* (1868-1869), par le docteur Ripoll.—Renvoyé à la commission de statistique.

— M. le docteur Alb. Le Coin adresse, pour le concours du prix

Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Des fractures de la rotule et de leurs différents modes de traitement.*

— M. Larrey offre à la Société le tome XXXVI des *Mémoires de l'Académie des sciences.*

LECTURE

Tumeurs érectiles veineuses d'une nature spéciale. — M. le docteur FLEURY, chirurgien de l'Hôtel-Dieu à Clermont-Ferrand. — Un jeune soldat, âgé de 22 ans, appartenant au 3e chasseurs, entre à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 12 août 1868 pour y être traité d'une tumeur qui occupe la partie inférieure du dos, et qui y existe, dit-il, depuis cinq ans.

Du volume d'une noisette, offrant une coloration violacée comme les tumeurs érectiles veineuses, elle est douloureuse depuis un mois, époque à laquelle le sac a porté sur cette région.

Lorsqu'on presse sur la tumeur, elle se laisse déprimer et forme une espèce de godet ou d'excavation, analogue à celle que l'on observe lorsque l'on appuie sur une ampoule en caoutchouc.

Que devient le liquide? Entre-t-il dans le canal vertébral en s'engageant entre deux apophyses épineuses?

Une petite ponction, faite avec un bistouri, laisse écouler une assez grande quantité de sang veineux, sans que la tumeur s'affaisse; c'est bien ce que l'on observe dans les tumeurs érectiles veineuses.

Le 18 août, j'y ai introduit trois aiguilles rougies au feu. Le lendemain, les douleurs étaient moins vives ; il s'est établi une suppuration qui a persisté pendant quatre à cinq semaines ; mais la tumeur n'a pas disparu, et au bout de ce temps elle offrait les mêmes caractères.

Le 6 octobre, j'y ai fait une application de caustique de Vienne ; mais, comme le malade est sorti trois mois après, je n'ai pu en connaître le résultat.

M. Pyreire, âgé de 35 ans, a toujours joui d'une bonne santé; ce malade, qui habite la campagne, a remarqué depuis sept ans une petite tumeur à la partie antérieure, inférieure et interne de l'avant-bras gauche, de la grosseur d'une lentille. Au début, elle a augmenté insensiblement, et a pris le volume qu'elle présente aujourd'hui. Pendant trois ou quatre ans, elle est restée stationnaire et indolente ; mais, depuis trois ans, des douleurs s'y font sentir.

J'ai vu pour la première fois le malade en 1868 ; la tumeur avait

alors le volume d'une petite amande aplatie sur ses deux faces. La peau qui la recouvrait présentait une coloration violacée ; le tissu sous-jacent était légèrement rénitent et donnait une sensation analogue à celle que l'on perçoit dans les tumeurs érectiles veineuses. Le moindre attouchement y déterminait des douleurs excessives ; aussi était-il bien difficile de savoir si elle cédait sous la pression des doigts.

L'analogie qui existait entre ce produit anormal et un fongus érectile m'a fait espérer que le même traitement pourrait lui être appliqué avec succès. Je l'ai donc cautérisé avec des aiguilles rougies au feu.

Cette petite opération a provoqué des douleurs excessives ; mais le mal a paru guéri pendant huit jours. Au bout de ce temps, quelques élancements se sont produits. Ce n'étaient d'abord, comme dit le malade, que des piqûres légères ; mais elles ont bientôt augmenté et les mêmes douleurs se sont reproduites. Le malade les a supportées patiemment pendant deux ans, mais au bout de ce temps il est venu me consulter de nouveau (au mois de mai).

J'ai retrouvé la tumeur dans le même état ; elle n'avait ni diminué ni augmenté, mais les douleurs étaient plus vives. La moindre pression, le simple contact des vêtements, de la chemise même, leur donnaient un degré d'acuïté extrême. Le plus léger mouvement de flexion ou d'extension des deux derniers doigts suffisait pour les renouveler; souvent même, pendant la nuit, elles se réveillaient spontanément, privaient le malade de sommeil et persistaient ainsi pendant une demi-heure, une heure même.

J'ai conseillé à M. Pyreire l'ablation de la tumeur. Cette petite opération a été pratiquée le 9 mai et n'a offert rien de particulier.

Malgré l'anesthésie locale à laquelle j'ai eu recours, la section de la peau a été excessivement douloureuse ; une veine assez volumineuse a fourni du sang, mais une légère compression a suffi pour en arrêter l'écoulement. Pendant quelques jours, la plaie a été très-sensible, mais elle a fini par se cicatriser, m'écrit le médecin qui a donné des soins au malade.

La tumeur, examinée au microscope, contient dans sa partie centrale un corps étranger, dur, noir, insoluble dans les acides nitrique et acétique. Entouré de cellules épidermiques et de noyaux sanguins, il ressemble à une parcelle de fer. Le malade, à qui j'ai écrit pour lui faire part de ce fait, m'a répondu qu'il ne se rappelait pas avoir été frappé par aucun objet extérieur.

Quelle en est donc l'origine? Est-il la cause des douleurs si vives

qu'éprouvait le malade? C'est ce que j'ignore, et c'est précisément pour lever ce doute que je soumets la question à la Société de chirurgie.

Polype naso-pharyngien à embranchements multiples et à développement rapide. Ablation du maxillaire supérieur. Arrachement du polype. Hémorrhagie considérable, syncope. Introduction du sang dans les voies aériennes. Mort immédiate. — Bachelet, 16 ans, hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis. Bonne constitution, embonpoint notable, teint frais et rosé. Nulle trace d'anémie. Santé excellente. Quelques ganglions cervicaux un peu volumineux, datant de l'enfance.

Début apparent du mal au mois d'octobre dernier, par un peu de gêne de la respiration, avec occlusion de la fosse nasale gauche et une série d'épistaxis qui cessent spontanément dans le mois de décembre. Vers cette époque, la joue commence à gonfler et l'ouïe disparaît graduellement du côté gauche. A l'entrée à l'hôpital, le 14 juin, on constate :

Une tumeur sur la joue gauche, du volume d'un œuf de dinde, assez ferme, un peu mobile, indolente au toucher, sans adhérence à la peau et sans changement de couleur, sauf quelques vénosités. Léger soulèvement à la partie inférieure de la fosse temporale. Occlusion de la fosse nasale gauche par une tumeur qui est visible à une petite distance de la narine. Abaissement du voile du palais par une autre tumeur, que le toucher reconnaît facilement dans le pharynx, sans qu'il soit possible toutefois d'atteindre le pédicule. Exophthalmie commençante à gauche.

Respiration bruyante ne se faisant que par la bouche; surdité complète à gauche. Déglutition assez facile. Douleurs nulles. Vision intacte. Sensibilité des téguments partout conservée. Fonctions cérébrales indemnes.

Le diagnostic est facilement posé; il s'agit d'un polype naso-pharyngien très-volumineux, à gauche de la base du crâne, remplissant seul le pharynx et envoyant des prolongements dans la fosse nasale, le sinus maxillaire, l'orbite, la fente ptérygo-maxillaire, et peut-être la fosse temporale.

La résection préalable du maxillaire supérieur paraît indispensable, et, comme aucune autre contre-indication ne se présente, on fait subir au malade les préparations d'usage, et l'on procède le 29 juin à l'opération de la façon suivante :

L'individu chloroformisé, non *sans peine*, M. Verneuil, en vue

d'éviter l'arrivée du sang dans la bouche, fit deux incisions à la joue, l'une verticale, l'autre oblique externe, sans intéresser la muqueuse buccale. Il put ainsi couper les deux piliers osseux, molaire et nasal, à l'aide des cisailles de Liston, sans qu'une goutte de sang arrivât dans la bouche.

Dissection du lambeau génal, arrachement de la dent canine, division de la suture intermaxillaire et arrachement par traction et bascule du maxillaire; tout cela s'est fait rapidement et sans hémorrhagie dans la bouche. Le polype sitôt isolé, on le trouve entouré d'un lacis veineux extrêmement développé, qui déverse du sang en abondance. Le pédicule de celui-ci offrait, sans exagération, 3 centimètres de diamètre, et allait s'insérer profondément contre la voûte du pharynx, de sorte qu'il devenait impossible d'y arriver. Devant en finir, M. Verneuil attaquait le polype qu'il fragmentait, en l'enlevant lobe par lobe. Comme le sang coulait à flots dans la bouche, on appliquait au fur et à mesure des éponges compressives. On parvient enfin à appliquer une pince sur le gros pédicule pharyngien de la tumeur, ce qui n'empêche pas le sang de regorger en quantité. L'enfant, qui étouffe, crie et rejette du sang continuellement, est relevé, et on lui projette dans la gorge un irrigateur d'eau froide pour tâcher d'arrêter l'hémorrhagie. Craignant de provoquer une syncope, on le couche immédiatement après. A peine est-il couché que la syncope arrive, et M. Verneuil introduit dans le larynx une sonde d'homme en argent, pour y insuffler de l'air et aspirer le sang. Il a pu de la sorte remplir plusieurs fois sa bouche de sang et débarrasser en partie l'arbre aérien de ce liquide, en même temps que les aides pressaient alternativement sur le ventre.

A un moment donné, les battements du cœur deviennent appréciables, ainsi que le pouls; l'enfant respire et se met à crier, ce qui ramène de nouveau le sang, momentanément arrêté par la syncope.

On recommence les mêmes manœuvres que précédemment, on aspire le sang, on insuffle de l'air, on met la tête en position déclive; vains efforts : l'enfant ne se relève plus et succombe, malgré qu'on ait prolongé plus d'une demi-heure les efforts pour le secourir.

J'ai cru, ajoute M. Verneuil, que, dans une époque où la chirurgie se préoccupe de plus en plus de la vérité, cette communication ne serait pas sans intérêt, et c'est pourquoi je me suis empressé de faire connaître à la Société un cas malheureux de ma pratique qui

m'a vivement touché. M. Verneuil pense que la position verticale qu'il fit prendre à l'opéré, en vue d'arrêter le sang, a été la cause de la mort, survenue par syncope, — et nullement par l'action du chloroforme, — puisque, au moment de l'accident qui a entraîné la mort, l'enfant était réveillé et poussait des cris.

M. HOUEL. Ce fait démontre l'étendue et la résistance des insertions des vrais polypes pharyngiens.

Bien que je me serve habituellement du chloroforme en pareil cas, j'ai imité l'exemple de M. Nélaton, qui laisse réveiller les malades, une fois l'opération préliminaire terminée, et les fait asseoir avant que d'attaquer le polype. Ce dernier temps s'exécute sans trop de souffrances, et l'on n'a pas à craindre l'introduction du sang dans les voies aériennes.

M. LE FORT croit, contrairement à M. Verneuil, que le chloroforme a été pour beaucoup dans la cause de la mort, en prédisposant à la syncope. Celle-ci ne devient, en effet, mortelle que par suite de la diminution de la résistance vitale, sous l'influence de l'agent anesthésique.

M. LABBÉ croit à la part du chloroforme dans les limites que lui a assignées M. Le Fort, et cite à ce propos le cas d'un homme opéré par lui, qui eut une première syncope dont il a pu se relever, pour succomber à une deuxième syncope survenue quatre heures après l'opération.

M. Labbé blâme la pratique qui consiste à lever le malade pour projeter sur le lieu de l'hémorrhagie un irrigateur d'eau, et dit avoir failli perdre de la sorte, par suite d'une syncope, une femme chez laquelle il faisait l'ablation du maxillaire supérieur pour une tumeur à myéloplaxes.

M. DESPRÈS ne partage pas l'opinion de MM. Le Fort et Labbé sur la cause de la mort, et, dans le cas cité par M. Verneuil, la perte considérable de sang suffit pour expliquer la syncope, sans faire nullement intervenir l'action du chloroforme.

M. SÉE, bien qu'il croie aux syncopes chloroformiques consécutives, pense que, dans le cas particulier de M. Verneuil, la mort doit être attribuée à l'*asphyxie* par pénétration du sang dans les voies aériennes, et non à la syncope ; preuve, la position horizontale gardée par le malade au moment de l'accident devenu mortel.

M. LIÉGEOIS croit pareillement à l'asphyxie, et saisit cette occasion pour déplorer qu'on n'ait pas toujours à côté de soi une machine électrique, l'électricité lui ayant rendu, dans un cas de syncope grave communiqué par lui à la Société, un signalé service.

M. TRÉLAT. En faisant, il y a quelques années, à la Société, un rapport sur une opération d'enchondrome mou du sinus maxillaire chez un enfant, pratiquée par M. Dolbeau, je disais alors que les syncopes répétées étaient dues à la perte du sang, et la mort qui s'en était suivie, à l'asphyxie intercurrente. Je crois que dans le cas de M. Verneuil, les choses se sont passées de la même façon.

M. FORGET. La réapparition des accidents à chaque nouvelle irruption du sang dans les voies aériennes et le retour momentané à la vie par l'aspiration du sang et l'insufflation, indiquent clairement que c'est à l'asphyxie et non à la syncope qu'on doit attribuer la mort.

M. VERNEUIL. M. Forget a bien résumé mon opinion, en faisant observer que la pénétration du sang dans la trachée a rendu, en somme, la mort définitive; sans quoi, on serait peut-être venu à bout de la syncope.

Le chloroforme ne paraît être ici pour rien, attendu que maintes lipothymies chloroformiques disparaissent sans danger, alors que des syncopes mortelles se laissaient observer assez souvent, à une époque antérieure à l'usage des anesthésiques.

Le chloroforme est d'autant plus utile pour les opérations qui se pratiquent sur la face, qu'en faisant cesser les cris, il rend les hémorrhagies par stase veineuse céphalique moins à craindre. Le tout est de pouvoir s'opposer à la pénétration du sang dans les voies aériennes.

Si je ne me suis pas servi de la pile, c'est que je ne l'ai eue à ma disposition que trop tard, alors que la mort de l'individu était définitive.

PRÉSENTATION DE MALADES

Goître suffocant. — M. LABBÉ présente un jeune homme de 16 ans affecté de goître suffocant, et consulte la Société au sujet d'une opération à tenter. Le début du goître remonte à deux ans. La marche en a été rapide, surtout dans les six derniers mois, et depuis un an, le jeune homme est sujet à des accès de suffocation effrayants.

Dans son accroissement, la tumeur s'est enfoncée de plus en plus derrière le sternum, et c'est à cette situation anatomique que M. Labbé attribue les accidents asphyxiques.

Un traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur et des applications de teinture d'iode à l'extérieur ont diminué manifeste-

ment le volume de la tumeur, et c'est pourquoi M. Labbé hésite à pratiquer une opération.

M. VERNEUIL dit avoir donné des soins, avec M. Potain, à un jeune homme affecté de goître suffocant trois fois plus volumineux que celui du malade de M. Labbé, et dit être parvenu à le guérir par la diète, le régime lacté et des douches froides sur la glande.

A la suite de chaque douche, on constatait manifestement un retrait de la tumeur, qu'on s'expliquait par la diminution de l'afflux sanguin dans la masse.

M. Verneuil conseille donc de s'abstenir d'une opération, et pense que des douches froides locales assez fines, de une à deux minutes de durée, combinées au régime, amèneraient la guérison.

M. LE FORT pense que l'opération serait justifiée si l'on se trouvait de nouveau en présence d'un accès de suffocation menaçante.

M. LARREY a observé souvent le goître chez des enfants de troupe, causé par les frottements réitérés du col militaire. En pareils cas, la suppression de la cause mécanique et des applications de sachets de glace ont suffi pour amener la guérison.

Dans le cas particulier de M. Labbé, M. Larrey croit que le traitement médical suffira.

M. TILLAUX déconseille toute intervention chirurgicale dans ce cas, attendu que la tumeur ne lui paraît pas descendre derrière le sternum, mais s'aplatir dans le sens antéro-postérieur à chaque mouvement d'inspiration. L'on comprend dès-lors que l'opération de Bonnet ne puisse être d'aucune utilité.

Il est bon de noter, en effet, que cette tumeur est dépourvue de mouvement d'élévation et de descente, comme cela est la règle lorsque l'individu avale, et c'est une raison de plus pour s'abstenir de toute opération.

M. TARNIER. L'asphyxie, dans le goître, dépend de plus d'une cause, telle que descente de la tumeur derrière le sternum : rétropulsion et congestion de celle-ci.

Il a été à même d'autopsier deux goîtres qui avaient déterminé l'asphyxie et la mort chez deux femmes : l'une, dans le service de Natalis Guillot, dont il était alors l'interne, et l'autre, à la Clinique, dans les salles de M. Dubois.

Pour conjurer les accidents asphyxiques, M. Dubois avait provoqué l'accouchement prématuré artificiel; mais ce fut en vain, et la

emme mourut asphyxiée quinze ou seize heures après l'expulsion du fœtus.

Dans les deux cas, M. Tarnier trouva, à l'autopsie, le corps thyroïde énormément développé et entourant la trachée circulairement *sous forme d'anneau.*

M. LABBÉ croit que la disposition en anneau ne constitue pas une contre-indication à l'opération de Bonnet.

Phocomélie thoracique unilatérale gauche. — M. LARREY présente un jeune homme atteint de ce vice de conformation, et fait observer qu'il s'agit d'un cas très-rare, puisque Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, sans nier la phocomélie *unilatérale*, qu'il croyait possible, dit ne l'avoir jamais observée, et que Debout, dans son mémoire, n'a pu en citer que deux exemples, alors qu'il en avait relevé 15 cas pour le membre inférieur !

On a agité la question d'un corset orthopédique destiné à corriger la voussure dorsale avec scoliose dont cet individu se trouve atteint ; mais M. Larrey pense que tout moyen redresseur mécanique sera sans utilité en face de l'atrophie de tout le côté du thorax, correspondant au membre anormalement développé.

Voici du reste l'observation détaillée de ce cas intéressant et à la fois très-rare :

Observation recueillie par le docteur Collineau.

Le nommé C..., natif de Sol-Saint-Rémy (Ardennes), 25 ans, n'ayant qu'une sœur, bien conformé, sans profession jusqu'à 19 ans, depuis lors employé dans une menuiserie à porter des fardeaux, présente les vices de conformation suivants :

A. *Épaule.* — Atrophie générale. L'omoplate, dont les angles, les bords, les arêtes font relief sous les téguments, est moins étendue que celle du côté opposé.

La saillie de l'acromion et de l'apophyse coracoïde surplombe la racine du membre.

La clavicule est grêle et presque rectiligne.

L'articulation scapulo-humérale, rudimentaire, est susceptible de mouvements limités en arrière et en avant.

B. Bras. — Le bras représente un tronc de cône aplati d'avant en arrière, dont la base serait tournée en haut, et l'axe obliquement dirigé de haut en bas et de dedans en dehors.

Le diamètre longitudinal est de 6,5 centimètres, le diamètre transversal (partie moyenne) de 6 centimètres.

Les masses musculo-adipeuses, d'une grande flaccidité, sont supportées par un humérus rudimentaire paraissant affecter la forme d'une pyramide triangulaire à base supérieure. Cette surface contracte avec la partie glénoïde des rapports d'une laxité assez grande pour glisser aisément en bas et en arrière, en produisant, avec un léger craquement, une subluxation momentanée.

C. *Avant-bras.* La partie qui représente l'avant-bras, longue de 3,5 centimètres, large de 4 centimètres, est applatie d'avant en arrière. Oblique de bas en haut et de dedans en dehors, elle forme, avec celle qui représente le bras, les deux côtés d'un angle obtus à sommet externe.

Les parties molles sont supportées par une masse osseuse épaisse, surtout sur le côté externe, et terminée en haut par une sorte d'apophyse olécrânienne déjetée en dehors, faisant corps avec le rudiment d'humérus et ne permettant que dans des limites très-restreintes, et quand le membre s'abandonne tout à fait, des mouvements passifs d'avant en arrière de l'avant-bras sur le bras.

A la partie moyenne, cette partie osseuse, tenant lieu de radius et de cubitus, paraît divisée par une rainure, qui est peut-être un espace interosseux.

D. *Main.* — L'attitude habituelle de la main est la supination. Le premier métacarpien et le pouce manquent. Les quatre derniers métacarpiens sont longs, effilés, parfaitement distincts.

La paume de la main est longue de 6,5 centimètres et large de 5 centimètres.

Les quatre doigts sont effilés et atrophiés. L'atrophie est notablement moins prononcée pour l'index et le médius. L'index est libre. Les trois autres restent volontiers imbriqués par leur extrémité.

Les os du carpe paraissent manquer absolument. Tout au moins l'épaisseur des téguments empêche-t-elle d'en reconnaître les vestiges.

Les mouvements propres de la main sur l'avant-bras sont nuls.

Par un mouvement de la totalité du membre rudimentaire, la main peut être portée en avant et en haut, sans parvenir, toutefois, jusqu'à l'horizontalité. Par un mouvement de rotation qui s'effectue avec rapidité et souplesse, et dont la pseudo-articulation scapulo-humérale est le centre, elle peut également être portée en bas, puis

relevée, et appliquée, la face palmaire contre la face dorsale du thorax, un peu au-dessous de l'angle inférieur du scapulum.

L'extension complète des doigts est impossible; ils sont, à volonté, simultanément fléchis. La limite de la flexion équivaut au tiers de la flexion complète. Ils pourraient saisir et contenir un corps arrondi du volume d'une pomme.

Les mouvements isolés de chaque doigt s'exécutent assez librement, surtout ceux du médius et de l'index.

Les muscles fléchisseurs et extenseurs des doigts s'insèrent sur la région scapulo-humérale.

En cet état, C... s'aide encore avec adresse du membre mal formé pour certains usages.

Ainsi, il saisit entre les doigts de la main mal formée les objets de forme oblongue. Pour cela, il les prend de l'autre main, les engage avec celle-ci entre les deux premiers doigts (côté phocomèle), en les faisant cheminer de bas en haut, c'est-à-dire de la face dorsale vers la face palmaire, et les y maintient, non pas avec force, mais avec assez de solidité pour s'en servir comme d'un point fixe.

Il s'habille et se déshabille sans le secours de personne.

Le membre droit, normal, a acquis un développement qui dépasse la moyenne. C... ne s'est pas aperçu que ce développement ait été consécutif aux travaux de force auxquels il s'est livré dans ces dernières années. Mais une déviation latérale de la colonne dorsale et une voussure considérable du thorax, qui vont croissant, donnent aujourd'hui au côté droit un volume quadruple, nécessitent, par compensation, une inclinaison à gauche et en bas des épaules, une tension permanente des muscles lombaires, une inclinaison à gauche et en haut du bassin, et entretiennent une attitude forcée, cause, au moindre effort, de dyspnée suffocante et d'extrême fatigue.

Enfin, du côté mal formé, le masseter et la branche du maxillaire ont participé à l'arrêt de développement.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

SÉANCE DU 6 JUILLET 1870.

Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend:

Les journaux de la semaine: le *Bulletin de thérapeutique*; — les *Archives générales de médecine*, nº de juillet; — le *Marseille médical.*

— Le docteur Ribell (de Toulouse) adresse, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, deux brochures: *Etudes sur les tumeurs fibreuses des parois utérines; De l'Uréthrotomie externe.*

— M. Matteo Cacciaguerra (de Catane): *Sopra l'assorbimento del'e radici dei denti di latte*, brochure in-8º de 24 pages, en italien.

— Docteur Henri Poupon : l'*Art de ramener la vie à bon marché, de prévenir les inondations et de créer des richesses incalculables*, in-8º, Paris, 1870.

M. GUÉNIOT présente, de la part de M. le docteur Villebrun, de Meudon, la note suivante, en même temps que le calcul vésical qui en fait l'objet.

Mme F..., âgée de 70 ans, éprouvait, depuis quelques mois, de grandes difficultés à uriner. Les envies étaient très-fréquentes (40 à 50 par jour environ). Chaque fois, elle rendait avec beaucoup de peine et de vives douleurs une très-petite quantité d'urine. Parfois cette urine était teintée de sang. Ne voulant pas se laisser examiner, la malade ne fit appeler aucun médecin. Dans la nuit du 28 mai, elle rendit spontanément un calcul du volume d'une amande. A partir de ce jour, elle put uriner avec facilité et sans avoir d'incontinence.

Le 2 juin, le ventre et les jambes se tuméfient peu à peu; et, le 10 juin, cette dame me fait appeler, me montre le calcul rendu et me raconte tout ce qui a précédé son expulsion. A l'examen, je

constate une ascite et un œdème des membres inférieurs. Toutes les fonctions s'exécutent d'ailleurs normalement. Elle souffre beaucoup de cet état, qui ne lui permet plus de se tenir debout. Rien au cœur.

L'urine contient un peu d'albumine (environ 4 grammes par litre). Des purgatifs répétés, du chiendent nitré ont ramené en dix jours cette malade à son état de santé primitif. L'œdème des jambes a entièrement disparu et le ventre ne présente plus trace de liquide Aujourd'hui, 27 juin, elle est entièrement rétablie.

Le calcul, de forme ovoïde, a le volume d'une amande et pèse 6 grammes, 60 centigrammes. Il est composé de nombreuses couches stratifiées qui paraissent être constituées par des urates. Ces couches offrent une teinte rosée et sont enveloppées d'une couche superficielle qui est blanche et d'apparence calcaire. Un sillon circulaire peu profond semble indiquer qu'il s'agit d'un calcul vésico-uréthral plutôt que d'un calcul vésical pur.

M. DEMARQUAY communique, au nom de M. Sédillot, l'observation suivante, accompagnée de deux photographies :

Bec-de-lièvre compliqué de division de l'arcade dentaire et de la voûte palatine, opéré par un nouveau procédé. — Guérison. — Il s'agit d'un enfant de 18 mois, chez lequel le bec-de-lièvre, situé à gauche, offrait une scissure de deux centimètres de largeur, se continuant entre l'os incisif et la portion gauche correspondante du maxillaire. La fosse nasale du même côté n'existait pas et n'offrait qu'une cavité commune avec la bouche. La voûte palatine était entièrement fendue, ainsi que le voile du palais. Le vomer fermait, à droite, la moitié antérieure de la cavité nasale. Comme on l'observe dans de pareils cas, la portion gauche du maxillaire représentait un cercle d'un diamètre beaucoup plus petit qu'à droite, et se trouvait en arrière de la courbure de ce côté d'environ deux centimètres. La narine gauche était largement ouverte et permettait de voir facilement ces altérations et l'extrémité saillante du contour maxillaire droit, offrant une incisive dirigée en avant.

Nous pensâmes, après examen, que nous ne pourrions pas obtenir de succès de procédés habituellement employés dans de pareils cas.

Nous pouvions éviter tous les embarras et rendre le succès de l'opération assuré, en convertissant le bec-de-lièvre unique en un bec-de-lièvre double, l'un congénital, l'autre artificiel ou volontaire

le premier, devenu ainsi facile à guérir, et le second pouvant l'être un peu plus tard avec pleine certitude de succès. Il suffisait de fendre verticalement à gauche, au niveau et à un travers de doigt en dehors de l'aile du nez, toute l'épaisseur de la lèvre. Nous obtenions un lambeau ayant la forme d'un quadrilatère allongé de haut en bas, dont le pédicule, situé dans le premier sens, serait assez large pour suffire à la circulation et à la vitalité du lambeau. Nous pouvions alors renverser celui-ci en dedans, l'accoler à la lèvre droite et recourir à notre procédé d'allongement de la hauteur de la lèvre, pour cacher complétement l'arcade dentaire, dissimuler la grand fissure palatine et faciliter plus tard la prononciation. Nous refaisons le pourtour de la narine par le procédé Clemot, très-simple et très-efficace, dont nous avons déjà montré un exemple à la Société et que nous avons depuis répété à la clinique avec les mêmes avantages.

Voici les différents temps de l'opération :

1° Nous saisissons le bord inférieur de la lèvre gauche, nous le tendons en bas et en dedans et nous divisons perpendiculairement la lèvre d'un coup de ciseaux de bas en haut. Nous en détachons les adhérences de manière à rendre le lambeau très-mobile de dehors en dedans. De petites pinces hémostatiques servent à comprimer les artères et permettent d'éviter des ligatures, toujours nuisibles à la réunion ;

2° Nous avivons chacun des deux bords du bec-de-lièvre et en séparant de bas en haut et de haut en bas deux petites bandelettes, comprenant un léger liséré de peau et de muqueuse, destinées : la supérieure, à refaire le contour de la narine ; l'inférieure à faire disparaître l'encoche du bord libre de la lèvre. Nous avons, en outre, le soin de prolonger assez obliquement en dehors et en bas les petits lambeaux d'avivement, pour donner une assez grande hauteur à l'organe reformé ;

3° Nous faisons ensuite la réunion en plaçant une épingle à un millimètre au-dessus de la muqueuse du bord libre, pour affronter exactement la peau au même niveau. Sur cette épingle, nous jetons un fil dont la traction nous permet de rapprocher les deux portions opposées de la plaie ; puis nous croisons le fil en 8 de chiffre pour l'assujettir. Nous agissons de même, avec deux épingles beaucoup plus fines, sur la muqueuse, en bas et un peu aussi en arrière, après avoir excisé la trop grande longueur des petits lambeaux. Des fils très-fins, entre-croisés sur la muqueuse, en assujettissent les rapports avec régularité. La même manœuvre est

répétée en haut : une épingle rapprochant les deux côtés avivés de la narine est soutenue par une ligature en 8 de chiffre, et les petits lambeaux d'avivement portés en haut et en arrière sont réunis par un ou deux points de suture séparés. Ces lambeaux deviennent horizontaux par leur propre poids et leur rétractilité, et augmentent l'épaisseur du tour de la narine d'avant en arrière. Ce procédé nous paraît l'emporter sur celui de M. Giraldès dans le cas que nous indiquons. Il nous semble indispensable de traverser horizontalement les deux ailes du nez et la cloison avec un double fil métallique ou de soie, passé dans des disques d'agaric, de cuir et de carton, ou mieux de bois, de manière à constituer une suture enchevillée destinée à rapprocher les ailes du nez et à maintenir sûrement l'extrémité supérieure de la réunion, sans crainte d'enflammer la plaie. Le fil métallique présente ces avantages, et, passé avec une aiguille droite à tête d'acier bien affilée, on exerce la constriction jugée nécessaire. Quand la suture est bien faite, on la laisse en place quatre ou cinq jours, sans inconvenients. C'est le procédé de M. Philips légèrement modifié.

Si les deux moitiés de la lèvre n'avaient pas la même hauteur et que l'une des deux fût manifestement raccourcie par atrophie, on y remédierait en prolongeant plus loin, en bas et en dehors, l'avivement de ce côté, et il serait bon, dans ce cas, de ne pas rendre la surface avivée trop convexe. On s'exposerait autrement à avoir, au moment de la réunion, un excès de parties molles au milieu de la plaie, qui, ramenée par rapprochement à une droite, serait beaucoup plus tendue en haut et surtout en bas qu'au milieu. Mieux vaut aviver obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, quand rien ne s'y oppose, pour obtenir l'affrontement régulier des deux surfaces cutanées opposées. On doit observer également qu'en passant l'épingle à suture au point de réunion du tiers postérieur de la lèvre avec ses deux tiers antérieurs, on fait saillir une petite portion des tissus musculaire et connectif, qui se trouvent comme étranglés entre les deux bords de la peau.

Nous conseillons, dans ces conditions, d'évider avec des pinces à dents de souris et des ciseaux courbes fins l'intérieur de la plaie jusqu'au point où les surfaces, devenues perpendiculaires et parallèles l'une à l'autre, permettent le contact de la peau. La réunion est plus facile et plus régulière, sans compression ni étranglement, et le succès plus assuré. Nous dirons également qu'en cas d'atrophie très-marquée d'un des côtés du bec-de-lièvre, il est avantageux d'y remédier par un autre procédé : on taille un lambeau in-

férieur (lambeau Clemot) dans la moitié la plus haute de la lèvre, en y comprenant une plus ou moins grande épaisseur de la peau. En effet, si l'allongement latéral inférieur de la lèvre atrophiée est trop considérable, la muqueuse buccale se renverse en dehors, et après la guérison, la muqueuse déborde en haut et la face antérieure de la lèvre est alternativement blanche et rouge : blanche du côté où la lèvre entière n'a pas changé de place; rouge du côté où la peau, trop courte, a été remplacée par la muqueuse. Voici le moyen de prévenir cette difformité. Si l'atrophie répondait, par exemple, à 1 centimètre de hauteur, on prendrait sur l'autre moitié de la lèvre un lambeau cutané d'avivement de 5 millimètres de hauteur, et on placerait ce lambeau (procédé de Clemot) modifié par Mirault) au-dessous de la lèvre opposée, avivée horizontalement et carrément. La lèvre la plus haute serait diminuée de 5 millimètres, et la plus courte allongée d'autant : l'inégalité, dès lors, disparaîtrait.

Si l'on était surpris de voir ajouter à un bec-de-lièvre unique une incision auxiliaire le changeant en bec-de-lièvre double, et accroître ainsi, en apparence, les complications, nous dirions que les divisions de genre sont habituelles dans les procédés autoplastiques, dans le but d'éviter la tension et l'étranglement des lambeaux et d'en favoriser la réunion.

Notre procédé a donc pour base et pour point de départ une méthode excellente. Nous serions des premiers à repousser toute incision dont il serait possible de se passer, et un bec-de-lièvre unique est, sans nul doute, préférable à un bec-de lièvre double ; mais nous soutenons que la difformité, dans ce dernier cas, est en réalité diminuée, et qu'en face d'une guérison régulière et assurée, comparée à un insuccès probable, on ne saurait hésiter. Remarquons encore qu'il n'est pas indifférent, pour l'avenir de l'enfant, de l'opérer de bonne heure.

L'opération, faite le 18 mars 1870, donna un contour nasal parfait et un bord libre de la lèvre très-régulier ; mais l'épingle du milieu, quoique enlevée au bout de 48 heures, avait trop comprimé la peau et en avait mortifié les bords, comme on le vit en retirant, le troisième jour, les fils laissés en place. De là une suppuration assez longue et une réunion secondaire. Cette complication mit, au reste, en évidence les avantages du procédé employé, puisque le lambeau abandonné à lui-même, sans autre soutien, dès le troisième jour, que les adhérences produites en haut et en bas de la lèvre, resta en place et se réunit spontanément. Ce fut sans doute un retard,

et nous espérions une réunion complète dans les quatre ou cinq premiers jours de l'opération, mais le résultat n'en fut pas moins favorable.

La seconde plaie, ou plaie auxiliaire, fut avivée et réunie le 15 avril 1870. Nous montrâmes l'enfant à la Société de médecine le 21, sixième jour de la seconde opération. La lèvre était reformée, solide et régulière, quoique les bords, en haut, en fussent encore un peu déprimés, ce qui tenait à l'amincissement de la lèvre dans ce point, par suite d'un commencement de cicatrisation en haut, et du peu d'épaisseur des lambeaux d'avivement.

La photographie de cette restauration a été prise et pourra faire juger des changements qui se produiront.

Depuis le départ de cet enfant, nous avons eu l'occasion d'opérer un autre bec-de-lièvre, exactement semblable au précédent, sur un petit garçon de six mois. Nous suivîmes le même procédé, et la réunion semblait si complète, au bout de quarante-huit heures, que nous enlevâmes les fils et les épingles. C'était trop tôt. Quoique le lambeau n'exerçât pas de traction apparente sur la cicatrice, celle-ci se sépara peu à peu de bas en haut et suppura. Nous tentâmes, le huitième jour, une réunion immédiate secondaire, sans succès. Nous nous décidâmes alors à une nouvelle tentative, avec la précaution de rapprocher et d'immobiliser les ailes du nez par une suture enchevillée. Le sixième jour, la guérison était complète et régulière, et le contour nasal très-bien reformé. La plaie auxiliaire s'était en partie cicatrisée spontanément, et la difformité avait en grande partie disparue et n'était plus représentée que par une déhiscence ou large encoche latérale. La mère, très-satisfaite, demanda l'autorisation de rentrer quelques jours dans ses foyers et promit d'être prochainement de retour. Comme la réunion de la plaie auxiliaire n'offre aucune difficulté, et se trouve soutenue par le contour de l'arcade dentaire, la seconde opération n'offre rien qui éveille un grand intérêt.

Nous ne saurions trop répéter que le procédé dont nous avons fait usage est applicable au cas particulier où nous l'avons employé, et qu'on compromet les meilleures opérations en en méconnaissant les indications spéciales.

M. GIRALDÈS. Pour des cas donnés, le procédé suivi par M. Sédillot est appelé à des succès. Toutefois, M. Giraldès le croit peu applicable chez les nouveau-nés.

Il est inexact de dire que l'atrophie de la mâchoire constitue une indication à l'emploi de ce procédé, attendu que l'atrophie en ques-

tion existe constamment, affectant l'un des os maxillaires supérieurs ou les deux à la fois, suivant qu'il s'agit d'un bec-de-lièvre unilatéral ou d'un bec-de-lièvre double.

M. Giraldès retrouve du reste, dans le procédé de M. Sédillot, l'un des temps du sien, à savoir l'entre-croisement ou l'imbrication des lambeaux, et ne comprend pas dès lors la critique q'en a faite M. Sédillot.

LECTURE

M. DUBREUIL lit une observation d'un kyste développé aux dépens d'un des conduits de la portion intrapalpébrale de la glande lacrymale, et qui offrait le volume d'une noisette. — Renvoyé à la commission déjà nommée.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. VERNEUIL présente le polype naso-pharyngien dont il a parlé dans la dernière séance, et donne sur l'*autopsie* les détails suivants :

L'autopsie complète n'a pu être faite ; par conséquent nous n'avons pas pu nous assurer de la présence du sang dans les voies aériennes. Mais en examinant à loisir la région opérée, nous avons constaté des détails importants relatifs à l'implantation de la tumeur.

Celle-ci était certainement née à gauche, mais elle s'était progressivement étendue sur une très-large surface; elle adhérait 1° : à toute la face pharyngienne de l'apophyse basilaire; 2° à toute la face inférieure du corps du sphénoïde; le sinus sphénoïdal, largement ouvert et fortement dilaté, renfermait un lobe de la tumeur, du volume d'une grosse noisette et sans adhérence; 3° à la face latérale droite du vomer, dans l'étendue de 1 centimètre environ; 4° à la pointe du rocher, sur une surface large comme l'ongle; 5° à la base de l'apophyse ptérygoïde, qui avait presque entièrement disparu et n'était représentée que par des débris osseux mélangés de tissus fibreux; sur une lamelle osseuse flottante, on reconnaissait distinctement l'insertion du ptérygoïdien externe.

En bas, du côté du pharynx, l'insertion du polype était très-nettement limitée au niveau de la partie antérieure du trou occipital. Aucune adhérence, ni au ligament occipito-atloïdien, ni aux corps

des vertèbres. La muqueuse de la paroi vertébrale du pharynx était absolument saine.

La narine gauche était très-amplifiée par le refoulement de la cloison exactement appliquée contre la paroi externe de la fosse nasale droite; cette dernière était complétement oblitérée. Quelques débris osseux représentaient encore la cloison qui sépare la fosse nasale gauche du sinus maxillaire du même côté; aussi les lobes nasal et maxillaire de la tumeur étaient restés distincts. Le rebord antérieur et inférieur de l'orbite avait été ménagé pendant l'opération ; mais le reste du plancher de l'orbite avait été détruit, par compression, sans doute, de sorte qu'en arrière et en bas, la cavité orbitaire communiquait largement avec la plaie.

Enfin, et c'est là le point le plus important peut-être de cette exploration anatomique, on remarquait au niveau du trou déchiré antérieur une large perforation de la base du crâne, capable d'admettre la dernière phalange du pouce, et laissant pénétrer un lobe de la tumeur qui soulevait la dure-mère, sans avoir toutefois contracté d'adhérence avec elle; il eût été important d'ouvrir le crâne, pour savoir si, à ce niveau, le cerveau ou ses membranes avaient souffert de l'intrusion de la tumeur. Je ferai remarquer, toutefois, qu'il n'existait sur la face inférieure de la fibreuse crânienne aucune trace d'inflammation.

J'avais pu croire complète l'extirpation du polype; il n'en était rien. J'avais laissé un lobe volumineux qui, partant de la base de l'apophyse ptérygoïde, se dirigeait directement en dehors, refoulait la paroi latérale du pharynx, puis s'insinuait entre le bord postérieur de la branche montante du maxillaire et le bord antérieur du sterno-mastoïdien, et touchait enfin, par son extrémité libre, au sommet de l'apophyse mastoïde et à la face profonde du tégument. Ce lobe pourrait être appelé cervical supérieur; il était partout entouré de tissu conjonctif lâche; aussi son énucléation fût-elle facile. Vers sa face antérieure était accolée une petite tumeur fibreuse du volume d'une amande, presque entièrement libre ou du moins sans connexion avec les os. Je ne sache pas que l'existence de lobes libres ait encore été notée dans les cas de fibromes naso-pharyngiens. J'ai encore à noter une dernière particularité non moins intéressante. On admet en général, et avec raison, que les tumeurs en question naissent du périoste et laissent intactes les surfaces osseuses sous-jacentes, de sorte que, si l'arrachement est complet, ces surfaces sont dénudées, mais entières. J'ai pu, dans une autre observation, m'assurer de la réalité du fait; mais il n'en était pas de

même ici. Nous avons déjà dit que la base de l'apophyse ptérygoïde avait disparu non par absorption, mais par une sorte d'envahissement interstitiel du tissu osseux par le tissu fibreux. Une disposition analogue se rencontrait à l'apophyse basilaire. Après avoir successivement extirpé les lobes nasal, génal et maxillaire, j'avais saisi avec de fortes pinces le lobe pharyngien jusqu'à sa racine et l'avais arraché totalement, en apparence du moins. Cependant la surface d'implantation à l'apophyse basilaire restait inégale et tomenteuse; le toucher donnait la sensation d'une surface spongieuse parsemée de débris osseux. A l'autopsie, je reconnus en effet, dans ce point, une substance composée de fragments de tissu spongieux, de lambeaux de tissu fibreux et de plusieurs petites tumeurs fibreuses arrondies, régulières, du volume d'un grain de chènevis ou d'un pois. En énucléant avec un instrument mousse cette substance, je constatai qu'elle occupait le centre même de l'apophyse basilaire, laquelle était excavée et réduite, du côté de la cavité crânienne, à une couche très-mince de tissu osseux. En appuyant faiblement avec l'instrument mousse sur cette couche, je pénétrai facilement jusqu'à la dure-mère. Si donc, pour détruire en ce point les racines de la tumeur, j'avais ruginé ou appliqué le cautère actuel, j'aurais pu perforer la même barrière osseuse.

Si je m'étais abstenu, la combinaison intime du tissu fibreux avec le tissu osseux et la persistance en ce point de petits lobes fibreux circonscrits auraient été l'origine d'une récidive presque inévitable.

En ce qui touche la structure de la production morbide, elle était en tout semblable à celle de ces fibromes, c'est-à-dire constituée par du tissu fibreux, des éléments conjonctifs à tous les degrés d'évolution et une quantité incroyable de vaisseaux, dont quelques-uns avaient jusqu'à 2 millimètres du calibre.

Les constatations précédentes sont de nature à atténuer quelque peu les regrets inspirés par cette fatale opération. Si la mort n'était pas survenue subitement, elle eût été la conséquence presque inévitable de la perforation crânienne et de la méningo-encéphalite consécutive.

M. L'ABBÉ. Le complément de l'observation que vient de nous communiquer M. Verneuil démontre qu'il s'agissait ici d'un polype à insertions multiples. Seulement, si l'on se rapporte aux faits déjà connus, on est porté à admettre que l'insertion véritable ou primitive de ces polypes est toujours pharyngienne, et que les autres ne sont que des adhérences secondaires, consécutives à l'ulcération et à l'inflammation adhésive des tissus environnants.

M. DEMARQUAY. En face des dangers d'asphyxie inhérents à ce genre d'opération, M. Demarquay se demande si une trachéotomie préalable ne serait pas chose à proposer. C'est ainsi, au moins, qu'il vit agir Blandin dans un cas où celui-ci essaya sans succès l'ablation par arrachement d'un polype naso-pharyngien. Il y eut une hémorrhagie foudroyante, et sans la trachéotomie, l'enfant aurait succombé inévitablement.

M. GIRALDÈS. Les détails anatomiques donnés par M. Verneuil démontrent de nouveau ce qu'on savait déjà, à savoir : le nombre parfois grand des adhérences du polype. La présence d'un lobe de la tumeur jusque dans le crâne, jointe à l'hémorrhagie, suffit pour expliquer la mort, sans faire intervenir en quoi que ce soit l'action du chloroforme.

M. VERNEUIL admet les adhérences consécutives dont a parlé M. Labbé, seulement il ne les croit pas assez fortes pour opposer une bien grande résistance. Par contre, l'implantation réelle du polype peut, comme ici, envahir toute l'apophyse basilaire de l'occipital et les parties environnantes, à l'exception toutefois de la paroi postérieure du pharynx, qu'il a toujours trouvée respectée.

Le point intéressant de cette autopsie, c'est l'existence de petites masses fibreuses, entremêlées de détritus osseux dans l'épaisseur même de l'apophyse basilaire et jusque dans le crâne.

Pour faire pendant à la trachéotomie préventive dont a parlé M. Demarquay, M. Verneuil rappelle que deux confrères allemands ont proposé, dans les *Archives* de Langenbeck, une espèce de tubage de la glotte qui devra précéder toute opération sanglante dans la bouche.

Le malheur est que les chirurgiens ayant insisté jusqu'ici très-peu sur la gravité de l'ablation du maxillaire en pareils cas, on a glissé sur l'importance d'un moyen préliminaire quelconque, destiné à prévenir l'asphyxie et la mort; et nous sommes absolument hors d'état, quant à présent, de dire dans quel cas une opération de ce genre est indiquée, et dans quel cas on peut s'en passer.

M. DESPRÈS, en se fondant sur la statistique de Heyfelder et d'autres, soutient que l'ablation du maxillaire est une opération qui, par elle-même, n'est pas grave.

M. TILLAUX est du même avis, et croit, en outre, qu'il faut faire une distinction entre les cas d'ablation pour tumeur propre de l'os et ceux où l'arrachement du maxillaire ne constitue que le premier temps d'une opération plus compliquée, comme lorsqu'il s'agit d'enlever un polype naso-pharyngien.

La gravité de l'opération, dans le dernier cas, dérive de la présence du polype et non de l'ablation de l'os maxillaire supérieur.

M. FORGET. En écoutant la description anatomo-pathologique donnée par M. Verneuil, je me rappelais un cas analogue que j'ai présenté à la Société il y a une douzaine d'années : c'était une observation de polype naso-pharynglen chez un jeune garçon incomplétement opéré par la voie nasale par notre collègue M. Huguier. A l'autopsie, qui suivit de près la tentative opératoire, on constata pareillement l'existence de tumeurs multiples dans l'épaisseur des os de la base du crâne et jusque sous la dure-mère. Une, entre autres, remplissait les sinus sphénoïdaux et apparaissait comme pédiculée sur la selle turcique.

La multiplicité d'origine et la pluralité des points d'insertion de ces néoplasmes, la solidarité qui existe entre eux et le tissu osseux de la base du crâne, enfin leur vascularité très-grande, indiquent suffisamment qu'il s'agit là d'autre chose que de vrais polypes, et que très-probablement l'on a affaire à une lésion à part du tissu spongieux de la base du crâne, propre aux sujets jeunes et dont les os sont en voie de croissance.

Nos maîtres avaient compris cette différence, aussi distinguaient-ils les polypes pharyngiens et nasaux proprement dits, de ces tumeurs multiples qui, nées des os du crâne et de la face, pénètrent dans les diverses cavités qu'ils concourent à former, et se comportent, à cet égaed, comme de vrais cancers.

Dans le service de Boyer, je me rappelle avoir vu un garçon que Roux voulait opérer contrairement à l'avis du maître.

Il y eut hémorrhagie grave qui nécessita le tamponnement, et le jeune homme fut transporté dans son lit incomplétement débarrassé de son prétendu polype.

La même chose est arrivée à Lisfranc, qui renonça à achever l'opération, et le petit malade, rendu exsangue, succomba au bout de quelques jours.

En réunissant ces deux faits malheureux à celui de M. Verneuil et à huit autres que notre collègue dit avoir pu découvrir dans les divers recueils, en tout *onze*, on est à se demander s'il n'en ressort sort pas un enseignement pour la pratique, et si, conformément à ce que disait Boyer, il n'y a pas lieu de s'interdire toute tentative d'extraction en pareils cas.

Jusqu'ici la discussion a porté exclusivement sur la cause de la mort qui suit l'opération.

Sans doute cela est bon à savoir, mais ce qui le serait davantage, ce serait de pouvoir dire dans quel cas au juste il faut s'abstenir d'opérer et comment on pourrait arriver à un dianostic exact de ces faux polypes.

Nul doute, et j'en appelle à M. Verneuil lui-même, que s'il avait pu prévoir ce qui lui est arrivé, il se serait abstenu de toute opération. C'est donc ce dianostic qu'il faut s'efforcer d'établir sur des données certaines, si l'on veut éviter désormais les désastres chirurgicaux que cette discussion vient de mettre en évidence.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 13 JUILLET 1870

Présidence de Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correpondance comprend :

— Les journaux de la semaine : Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, n° de juillet. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Montpellier médical*. — Le *Bulletin médical du Nord de la France*.

DISCUSSION

(Suite)

M. VERNEUIL. M. Forget pose une série de questions très-dignes d'examen, et auxquelles je vais m'efforcer de répondre.

Doit-on conserver le nom de polypes à des tumeurs à insertions larges et diffuses écartant et détruisant les os, se développant avec rapidité, et causant dans les parties profondes de la face des rava-

ges énormes? Ces tumeurs ne ressemblant en rien aux autres polypes fibreux, à ceux de l'utérus en particulier, ne devraient-elles pas être rangées dans la classe des cancers, dont elles ont la vascularité et la malignité? A cette question de nomenclature et de classification, je répondrai qu'ici comme ailleurs, le mot polype est défectueux et doit être abandonné. Les tumeurs désignées sous le titre de polypes naso-pharyngiens naissent du périoste de la base du crâne et sont constituées par les éléments du tissu conjonctif. Il faut donc les appeler *fibromes périostiques de la base du crâne*. En s'accroissant, elles se logent là où elles trouvent des espaces libres et remplissent d'abord les fosses nasales et le pharynx, puis tous les interstices celluleux et au besoin les cavités osseuses ambiantes : orbite, sinus sphénoïdal et maxillaire, cavité crânienne elle-même, os, muscles, aponévroses, rien n'arrête leur expansion et ne limite leur action destructive.

Certainement elles ne sauraient être assimilées aux hystéromes ou polypes fibreux de l'utérus, lesquels ne présentent ni la même origine ni la même structure ; mais elles ne doivent pas davantage être rangées parmi les cancers, dont elles ne possèdent ni la composition histologique, ni la marche envahissante, ni la tendance à la généralisation.

Certainement les fibromes constituent toujours une affection sérieuse; mais un bon nombre d'entre eux se développent lentement, écartent seulement les parties circonvoisines sans les détruire, et cèdent à un traitement convenable. D'autres, à la vérité, ont une marche beaucoup plus rapide, une tendance opiniâtre à la récidive locale, et une résistance extrême à l'action chirurgicale ; mais ils ne changent pas de nature pour cela, et représentent, qu'on veuille me pardonner l'expression, les mauvais sujets de la famille.

M. Forget a observé plusieurs cas de ce genre : les opérations entreprises par des chirurgiens habiles ont dû rester inachevées ou bien ont entraîné la mort, soit séance tenante, soit dans un délai très-rapproché. En pareille occurrence, les vieux praticiens prêchent l'abstention. Ces considérations dictent à M. Forget sa seconde question : Doit-on opérer ces tumeurs avec la perspective d'un insuccès presque inévitable ?

Une réponse catégorique est ici plus difficile à faire.

Si l'on pouvait connaître au juste et d'avanee les dégâts profonds, si l'on pouvait diagnostiquer la perforation du crâne, en un mot prophétiser sûrement la terminaison fatale, il faudrait sans doute s'abstenir et laisser mourir les malades sans abréger leur vie ; mais le diagnostic reste le plus souvent incomplet, et si prévenu

qu'on soit des éventualités les plus redoutables, une lueur d'espérance existe encore.

On a affaire à une affection presque nécessairement mortelle par elle-même. La thérapeutique rationnelle n'en peut même entraver les progrès. Des hémorrhagies incessantes, des douleurs quelquefois atroces menacent la vie. L'opération, en cas de succès, peut amener la guérison radicale. Quel motif arrêterait donc la main du chirurgien ?

Est-ce l'âge des sujets ? M. Forget a remarqué que tous les cas terribles auxquels il fait allusion se présentaient chez des enfants. La raison en est bien simple. A de très-rares exceptions près, les fibromes naso-pharyngiens ne se développent que dans l'enfance et l'adolescence ; c'est donc à cette période de la vie qu'on rencontre les cas légers et bénins et les cas les plus graves. S'abstenir pour cette raison conduirait à laisser mourir une foule de sujets plus ou moins faciles à sauver.

Le volume de la tumeur, ses prolongements multiples, son développement rapide, ne constituent pas davantage de contre-indications formelles, car on trouve dans la science une foule d'observations cliniquement semblables aux miennes, et dans lesquelles on a obtenu la guérison.

Ces conditions défavorables de la tumeur laissent seulement prévoir des accidents formidables pendant et après l'opération : l'hémorrhagie, la syncope, l'entrée du sang dans les voies aériennes ; plus tard, l'épuisement, la méningite, etc.

Mais tout en assombrissant le pronostic, ces dangers peuvent être et ont été plus d'une fois conjurés.

L'état général serait un empêchement plus sérieux ; mais on a sauvé des sujets épuisés et plongés dans le marasme, et mon malade était tout brillant de santé.

La nature histologique du parasite me ferait plutôt reculer. Je n'attaquerai point un ostéosarcome de la base du crâne ; mais l'expérience démontre précisément que le cancer dans cette région est fort rare dans les diverses périodes de l'enfance.

En résumé, et malgré la douloureuse catastrophe que je vous ai fait connaître, je n'hésiterais nullement, ignorant, bien entendu, la perforation crânienne, à tenter de nouveau pareille entreprise, si périlleuse qu'elle paraisse et qu'elle soit en réalité.

M. Forget, inclinant vers l'abstention, prête une attention secondaire à la recherche des causes de la mort. Les partisans de l'action pensent au contraire que c'est là le point capital, car les sour-

ces du danger étant prévues et constatées, il est plus facile de les prévenir.

Revenons donc brièvement sur les incidents de mon opération, et cherchons en conscience si j'aurais pu mieux faire.

L'anesthésie, l'hémorrhagie, la syncope, l'irrigation, l'introduction du sang dans les voies aériennes, sont en cause. Toutes peut-être ont pris leur part dans le drame fatal. Examinons-les donc isolément.

Je glisse rapidement sur le chloroforme, tout prêt cependant à soutenir que son emploi est indiqué dans les opérations sur la face, au moins au début, et moyennant certaines précautions.

Je n'insisterai pas davantage sur l'irrigation d'eau froide, tout en tenant compte du fait rapporté par M. Labbé, et dans lequel cette manœuvre provoqua un accès de suffocation.

La position verticale momentanément donnée à mon malade a probablement favorisé la première syncope, je regrette donc de l'avoir commandée. Cependant M. Houël nous a dit l'avoir utilisée plusieurs fois pour achever l'arrachement des polypes.

L'hémorrhagie constitue en réalité le danger le plus redoutable. Elle est rendue presque inévitable par la structure de la tumeur. Lorsque celle-ci a de larges insertions et des prolongements multiples, le sang coule avec profusion et rapidité. La vie est immédiatement menacée par la syncope et l'anémie subite d'une part, et de l'autre par l'introduction du sang dans les voies aériennes. Les moyens préventifs sont de deux ordres; il faut : 1° supprimer ou modérer au moins l'écoulement sanguin ; 2° lui fermer l'accès des voies respiratoires.

Pour remplir la première indication, on peut 1° aborder la tumeur par des ouvertures préliminaires étroites, et la détruire peu à peu, en plusieurs fois et par des procédés divers. Cette manière de faire, acceptable pour les fibromes naso-pharyngiens d'un volume médiocre, n'aurait pu convenir dans le cas que j'ai eu à traiter.

Je ne reproduirai point ici les objections que j'ai adressées jadis aux opérations préliminaires insuffisantes, et je persiste à croire que chez mon malade il fallait recourir à l'ablation du maxillaire.

2° J'aurais pu, à la vérité, faire l'extirpation en deux temps : dans le premier, j'aurais enlevé le maxillaire, mis à découvert le polype, et extirpé avec l'écraseur linéaire les lobes génal, nasal et maxillaire ; je me serais arrêté là. Le lendemain, ou plus tôt, ou plus tard, n'ayant plus affaire qu'au lobe pharyngien et au pédicule

principal devenus plus accessibles, je les aurais attaqués à l'insertion même, soit avec des caustiques puissants, soit avec des cautères incandescents de forme appropriée, soit avec l'arme galvanique ou la chaîne de l'écraseur, si j'avais pu contourner le pédicule principal.

A l'appui de cette proposition, je dirai que l'opération préliminaire, c'est-à-dire l'ablation de la mâchoire et la mise à découvert du polype, avait été rapide, sans douleur, grâce au chloroforme, et sans pénétration du sang (sauf une quantité minime à la fin), en raison du procédé particulier que j'emploie en pareil cas.

En ce moment donc, mon opéré ne courait aucun danger. Ce danger n'a commencé qu'avec l'arrachement successif des lobes et avec l'hémorrhagie presque incoercible inhérente à cette manœuvre, si rapidement et si énergiquement qu'elle ait été exécutée.

L'opération en deux temps gênerait évidemment la restauration immédiate de la face, mais elle permettrait de procéder à l'opération fondamentale avec plus de sécurité, et surtout sans cette précipitation et cette anxiété qu'impose au chirurgien le plus hardi la crainte si fondée d'une hémorrhagie foudroyante.

3° On pourrait songer encore en pareil cas à la ligature préalable de la carotide externe. Je sais que dans la discussion célèbre ouverte jadis devant la Société, cet expédient a été défavorablement jugé; j'avoue encore que le cas récent que je vous ai communiqué ne plaide pas en sa faveur. Mais comme la question n'est pas définitivement résolue, je me crois encore autorisé à la poser de nouveau.

Dans la seconde série de moyens que je veux examiner, on ne se préoccupe plus de la perte de sang au lieu même de l'opération, mais bien seulement de la pénétration de ce fluide dans les voies aériennes. M. Demarquay rappelait les tentatives de Blandin, c'est-à-dire l'emploi de la trachéotomie préventive destinée à assurer la respiration pendant le cours de ces terribles opérations.

Cette pratique était presque oubliée dans notre pays. Les Allemands viennent de la rééditer avec perfectionnement, puisque non contents d'ouvrir la trachée pour permettre l'entrée de l'air aux poumons, ils obturent maintenant les voies aériennes pour empêcher toute introduction du sang dans les bronches.

Nous comptons déjà deux procédés : le tamponnement de la trachée et l'occlusion de l'orifice supérieur du larynx.

Le premier a été décrit par M. Brendelenburg (*Archiv. fur Klinische chirurgie de Langenbeck*, 12 volumes, 1er fascicule 1870); il consiste à introduire dans l'ouverture de la trachée une canule mé-

tallique ordinaire, revêtue d'un manchon de caoutchouc, lequel peut être gonflé à volonté, et, remplissant alors l'espace compris entre la canule et la paroi trachéale, s'oppose à l'entrée du sang. La respiration et la chloroformisation s'effectuent par la canule métallique.

Ce procédé n'a été employé qu'une fois sans trachéotomie immédiate, mais à travers une fistule de trachée et pour une opération pratiquée sur le larynx. L'auteur propose cet expédient pour d'autres opérations, entre autres la résection du maxillaire inférieur et l'extirpation des polypes naso-pharyngiens.

Le second procédé est dû à M. Nussbaum (de Munich). M. Nepveu en a donné une analyse dans un des derniers numéros de *l'Opinion médicale*. Voici en quoi il consiste :

Il s'agissait de l'ablation d'une tumeur du maxillaire supérieur chez une malade entièrement anémique. La moindre pénétration du sang dans les voies aériennes donnait lieu à des accidents immédiats. M. Nussbaum fit la trachéotomie préalable; après quoi, la respiration étant assurée, il introduisit au fond de la bouche et pour obturer l'orifice supérieur du larynx, une compresse pliée en quatre. L'opération terminée, on réunit par quelques points de suture la plaie de la trachée.

Voulant simplement exposer les diverses ressources que nous possédons, je m'abstiendrai de juger la trachéotomie préventive. J'inclinerai plutôt vers les moyens capables de maîtriser l'hémorrhagie pendant l'opération.

M. DEMARQUAY. Je désirerais revenir sur la question de l'opération des polypes en plusieurs temps, proposée par M. Verneuil. Je me demande si l'ébranlement répété, sur un individu affaibli par une première opération, n'est pas en effet, une contre-indication à cette manière de faire. Je pourrais citer à ce propos un fait de staphyloraphie, exécuté par Blandin en deux temps, et qui entraîna la mort de l'opéré.

M. VERNEUIL ne considère pas l'ablation préliminaire du maxillaire comme une opération grave. Ce qui est véritablement grave, c'est l'arrachement du polype.

M. DEMARQUAY persiste à croire à l'ébranlement qui en résulterait. Il est disposé à admettre d'ailleurs que c'est à l'hémorrhagie qu'il faut attribuer en grande partie la gravité de l'opération; il cite à l'appui une opération d'amygdalotomie pratiquée par lui au bistouri. Il y eut hémorrhagie abondante et pénétration du sang dans les voies aériennes, qui lui ont inspiré un instant des craintes sérieuses.

M. GIRALDÈS est d'avis que l'accident le plus grave de l'opération consiste dans la pénétration du sang dans les voies aériennes.

Il n'a aucun fait à opposer, il est vrai, au tamponnement de la glotte. Mais *à priori*, il est porté à ne pas le considérer comme inoffensif pour la trachée.

M. VERNEUIL. Dans le procédé de M. Brandclenburg, le tamponnement avec trachéotomie ne paraît pas avoir déterminé d'accidents; et il en a été de même dans le procédé de Nussbaum. Du reste, son but a été simplement de poser la question sans chercher à la résoudre, faute d'expérience personnelle.

M. CHASSAIGNAC pense, en se fondant sur la physiologie, que la condition de la pénétration du sang réside précisément dans l'anesthésie, tandis que le sang n'y pénètre pas lorsque l'individu est éveillé.

M. DEMARQUAY comprend l'objection; seulement, comme tout le monde peut boire de travers, il arrive aussi que la pénétration du sang se fasse même à l'état de veille.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Méningo-encéphalocèle. — M. DEPAUL présente la tête d'un nouveau-né qui offrait cette lésion, et donne les renseignements que voici :

Il y a douze jours, M. le docteur Lowenhart transporta cet enfant à la Clinique, pour nous le montrer vivant; il était alors âgé de seize jours. Sa mère avait eu dix accouchements naturels et faciles. Dans sa dernière couche le travail n'avançait pas, malgré la dilatation du col, ce qui engagea la sage-femme à appeler à son aide le docteur Lowenhart. Celui-ci put constater l'existence d'une poche dans le détroit supérieur, et fut obligé d'appliquer le forceps pour arriver à extraire l'enfant, qui naquit vivant. Il pesait 3 kilos.

La tête, extrêmement volumineuse, avait été l'obstacle à l'accouchement. Celle-ci mesurait 17 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur.

Il y avait du liquide en quantité dans la cavité crânienne et aussi sous la peau du crâne. Quelques jours après la naissance le liquide s'est résorbé, et la pression atmosphérique a fortement aplati toute la région frontale.

Au niveau de la fontanelle antérieure on trouve une tumeur dure, du volume d'un petit œuf, que la dissection de la pièce dé-

montrera très-probablement comme étant de la substance cérébrale herniée.

Ce cas, remarquable au point de vue du siége de la hernie au *niveau même d'une fontanelle*, nous montre l'une des terminaisons possibles de l'hydrocéphalie, à savoir, le passage du liquide encéphalique dans le tissu cellulaire, et la résorption de celui-ci. Une fracture transversale de l'écaille de l'os frontal, produite par le forceps, explique suffisamment, dans le cas particulier, l'issue du liquide hors la cavité crânienne.

M. TARNIER juge la petite tumeur dure, comme une méningocèle qui s'est faite à travers la fontanelle, ainsi que cela n'est pas très-rare. Une fois il s'y est laissé prendre, croyant à l'existence de deux têtes fœtales, et par conséquent à une grossesse gémellaire.

M. BLOT a vu un cas analogue à celui cité par M. Tarnier, avec cette différence que la poche se trouvait à la base du nez, et avait le volume de la tête.

L'accouchement, quoique très-long, eut lieu spontanément, et l'enfant survécut un certain nombre de jours.

M. Blot possède aussi le moule d'une tête réduite et offrant une tumeur surajoutée, qu'on ne pourrait mieux comparer, pour l'aspect, qu'à une poire tapée.

M. HOUEL, ayant examiné de près les treize faits contenus dans le travail de M. Spring sur la méningocèle, est arrivé à cette conclusion, que les prétendus cas de méningocèle ne sont en réalité que des encéphalocèles, avec *plus ou moins* de substance cérébrale dans la poche. Le liquide extérieur seul est dans la poche de la hernie, tandis que celui contenu dans le crâne est intra-ventriculaire.

Ceci nous explique pourquoi le siége de prédilection de ces tumeurs correspond aux cornes frontale, occipitale ou sphénoïdale du cerveau.

M. DEPAUL persiste sur la rareté du passage de la tumeur au travers d'une fontanelle, ainsi que cela s'observe ici. Le plus souvent c'est à travers l'os que cette communication a lieu.

M. GIRALDÈS. D'après le grand nombre de faits contenus dans les annales de la science, et en particulier dans les ouvrages de Robert Adams et Spring, il résulte que le passage de la hernie, se fait *constamment* à la place d'une portion d'os qui fait défaut, et non au travers des fontanelles.

M. TARNIER n'a pas cherché à préciser si c'est à travers la membrane ou l'os que la hernie se faisait. Sur quoi il a voulu surtout

insister, c'est que les encéphalocèles siégent le plus habituellement sur la ligne médiane ou sagittale du crâne.

Pour donner une idée de la difficulté du diagnostic en pareil cas, M. Tarnier cite un fait de tumeur prise, par M. Dubois, pour une tumeur érectile, et par M. Nélaton pour une encéphalocèle, tandis que Velpeau l'ayant jugée à juste raison comme fibreuse, l'opéra et guérit l'enfant.

M. GIRALDÈS pense que l'acupuncture sert à lever tous les doutes.

M. PANAS cite de son côté un cas de kyste dermoïde, siégeant à la racine du nez, ayant le volume d'un petit œuf, et sur la nature duquel bien des chirurgiens éminents avaient hésité à se prononcer. Une *ponction exploratrice*, à l'aide d'une fine aiguille cannelée, lui permit d'asseoir un diagnostic assuré, et de procéder à l'extirpation de la tumeur kystique, qui contenait du cébum, et, au centre, un peloton de cheveux roux.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 20 JUILLET 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : le *Bulletin général de thérapeutique*; — Le *Lyon médical*; — Le *Sud médical*.

— Le *Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy* pour 1868-1869, par le docteur Delcominetti.

— Le *Compte rendu de la séance générale* (9 juin 1870) *de l'Association médicale de la Sarthe.*

— *Recherches expérimentales sur la transmission du charbon par les mouches;* lettres à M. Gallard, médecin de la Pitié, par le docteur Raimbert, de Châteaudun.

— *Recherches sur les injections utérines en dehors de l'état puerpéral,* par le docteur Ambroise Guichard.

— M. Depaul offre à la Société : *Rapports présentés au ministre de l'agriculture et du commerce par l'Académie de médecine sur les vaccinations pratiquées en France pendant les années* 1867 *et* 1869; — *sur la vaccination animale,* discours prononcés à l'Académie en juillet et en août 1869; — *sur la vaccination animale et la syphilis animale,* novembre 1869. — La Société remercie.

M. BLOT met sous les yeux de la Société la photographie de l'*encéphalocèle frontale* dont il avait parlé dans la dernière séance, ainsi qu'un moule en plâtre d'une encéphalocèle sagittale, qui s'était faite par la partie postérieure de la suture du même nom.

M. DEPAUL, rendant compte de la dissection de l'encéphalocèle qu'il avait présentée, insiste sur ce que la petite tumeur surajoutée constitue une poche kystique sans communication aucune avec la cavité crânienne. Cette poche contenait du liquide séreux et une bouillie, que le microscope a démontrée être de la substance cérébrale. Son siége est bien la fontanelle, et quant au liquide épanché sous la peau du crâne, c'est à travers une petite perforation de la membrane de cette fontanelle que son passage a eu lieu.

M. GIRALDÈS rappelle qu'il existe des tumeurs kystiques sans communication avec le crâne, situées au niveau même des fontanelles. M. Stoltz s'en est occupé, et lui-même il eut à ponctionner à deux reprises différentes, puis à extraire, un kyste séro-dermoïde de cette région. A la dissection on y trouva, entre autres, des poils fins et transparents.

LECTURE

Adénite suppurée du cou. Ulcération de la carotide primitive et de la carotide externe. Hémorrhagie. Mort. — (Observation lue au nom de M. Dauvé par M. VERNEUIL). L'ulcération des tuniques artérielles est rarement la conséquence d'une inflammation située dans le voisinage de ces vaisseaux, et le plus souvent, on voit les artères traverser impunément de vastes clapiers purulents. C'est pour la carotide et la poplitée qu'on a surtout noté

de semblables ulcérations. Dionis et Leudet ont présenté, en 1850 et 1852, à la Société anatomique deux faits d'ulcération de l'artère poplitée. En 1848, Le Fort a vu à l'hôpital de Lille un militaire mourir d'une hémorrhagie foudroyante de la carotide interne, causée par une amygdalite ulcéreuse. En 1857, à l'hôpital de Metz, un abcès de l'amygdale amenait aussi une ulcération de la carotide interne et une hémorrhagie foudroyante. L'autopsie de ce malade fut faite par M. Méry, et l'observation n'a pas été publiée. Chavaignac dans un *Traité de la suppuration*, Boizeau à la Société de chirurgie, Broca à la Société anatomique, ont encore rapporté trois cas de mort par ulcération de la carotide interne, mais cette fois dans le canal inflexe et pour carie du rocher. Dans tous ces cas d'ulcérations artérielles, la mort fut toujours la terminaison fatale. La mort survint aussi dans le fait cité par le docteur Cayton dans *Prager Vierteljahrschrift*, 1861; c'était aussi une ulcération de la carotide interne amenée par un abcès de l'amygdale.

Dans l'observation qui va suivre, l'hémorrhagie est due à une ulcération étendue de la carotide primitive et de la carotide externe, suite d'adénite suppurée du cou.

Le nommé R..., civil européen, âgé de 40 ans, est atteint depuis trois mois d'adénite cervicale gauche, pour laquelle affection il a été traité par l'iodure de potassium.

En 1859, pendant la guerre d'Italie, il a reçu dans l'oreille gauche un coup de baïonnette, et depuis cette époque il se plaint fort souvent de douleurs dans la région mastoïdienne du même côté. Pas de maladies antérieures.

Il entre à l'hôpital le 23 mars. Une tumeur ganglionnaire de la grosseur d'une orange un peu allongée occupe la région sterno-mastoïdienne presque dans toute sa hauteur. Le muscle est englobé dans la tumeur, il ne fait aucune saillie, et le malade penche la tête du côté gauche. Depuis quelques jours la tumeur est douloureuse. Dure dans sa plus grande partie, bosselée, sans bruit de souffle, sans pulsations, elle est sensiblement fluctuante en deux points. Deux applications de potasse caustique sont faites en ces deux points, qui sont situés dans la région mastoïdienne, l'un en avant, l'autre en arrière de l'attache supérieure du muscle sterno-mastoïdien.

Deux jours après, j'incise les escarrhes. De la plaie antérieure coulent environ *trente* grammes de pus mal lié, et c'est un liquide transparent qui sort sous la plaie postérieure.

J'avais sous les yeux une adénite kystique à plusieurs loges gan-

glionnaires; c'était l'adénite de Richard. Pendant huit jours, les deux petites ouvertures sont maintenues béantes au moyen de petites mèches, et la tumeur se vide et s'affaisse sensiblement.

Le 2 avril, le malade se plaint d'une forte migraine à gauche. Il a la fièvre. La suppuration devient fétide. Il y a de la douleur et une sensation d'empâtement dans le côté gauche du pharynx. On fait par les plaies de petites injections légèrement phéniquées. On donne *un* gramme de sulfate de quinine.

Pendant trois jours, l'état général reste le même, et le malade est sous le coup d'un empoisonnement septicémique.

Le 5 avril, à neuf heures du soir, une hémorrhagie en jet et de la grosseur d'une aiguille a lieu par la plaie antérieure. Cette hémorrhagie s'arrête d'elle-même après quelques secondes. Un quart d'heure après, je vois le malade : il paraît soulagé par cette petite perte de sang. Je cherche à découvrir le point par lequel le sang a coulé. Vains efforts. Je place dans chaque petite plaie un bourdonnet de charpie imbibé de perchlorure de fer, et j'établis sur le côté gauche du cou une compression modérée.

Le 6 avril, la tumeur s'est ouverte dans le pharynx, et le malade crache du pus mêlé à de petits caillots grisâtres. L'odeur de cette suppuration est infecte.

Le 7 avril, la compression directe est enlevée. L'hémorrhagie ne s'étant pas reproduite, je vide doucement la tumeur du pus qu'elle contient. Pendant onze jours, une suppuration abondante s'écoule également par la bouche et les plaies extérieures. L'état septicémique persiste. Chaque jour on administre le perchlorure de fer. Le malade mange à peine.

Dans la nuit du 18 avril, le malade crache un peu de sang; quelques gouttes de sang s'écoulent aussi, mais en bavant par la plaie extérieure. L'infirmier de garde près du lit du malade arrête aussitôt l'hémorrhagie, en plaçant le doigt pendant quelques minutes sur la plaie extérieure. Cette perte de sang a été insignifiante. A la visite du matin le 19, je ne trouve pas le malade plus affaibli que la veille. A deux heures du soir, frisson violent et accès de fièvre pendant plus d'une heure. Immédiatement après l'accès, on administre *un* gramme de sulfate de quinine.

Le 20, nouveau frisson d'une heure, à neuf heures du matin. A ma contre-visite, je trouve le pouls filiforme à 130, le thermomètre à 39. Quelques gouttes de sang s'écoulent en ma présence par les plaies extérieures. La compression sur la carotide au niveau du tubercule carotidien arrête immédiatement l'hémorrhagie. Après

avoir marqué avec de l'encre le point où cette compression doit se faire, je laisse à trois de mes infirmiers les plus intelligents le soin de continuer cette compression pendant deux heures. Je fais en même temps par les plaies une injection de perchlorure de fer, étendu d'une égale quantité d'eau. On frictionne le malade avec l'alcool camphré. On le réchauffe avec des cruchons d'eau chaude.

A trois reprises différentes pendant la nuit, la compression digitale est faite pendant une demi-heure, chaque fois qu'une goutte de sang paraît aux lèvres de la plaie. Vers cinq heures du matin, la compression sur la carotide primitive n'arrêta plus l'hémorrhagie, et il fallut recourir à la compression directe. Jusqu'à ce moment, la perte de sang avait été peu considérable, et la gravité de la maladie tenait plutôt à l'empoisonnement septicémique et à l'infection purulente qu'à l'hémorrhagie elle-même.

Le 21, à huit heures du matin, le malade n'est pas plus affaibli que la veille. Le pouls est filiforme. La température est encore à 39. Je ne doute plus d'une ulcération de l'arbre carotidien; mais quelle est l'artère ulcérée?

Faut-il faire une ligature? La recherche de la lésion dans un tel foyer de suppuration me paraît impossible. La ligature de la carotide primitive n'arrêtera pas le sang, puisque la dernière hémorrhagie a eu lieu malgré la compression sur le tubercule carotidien. Faut-il lier alors la carotide interne en même temps que la carotide primitive?

M. le docteur Cochu, mon collègue à l'hôpital, pense comme moi que toute espèce d'intervention active est inutile. Cependant j'hésitais encore à lier la carotide primitive, et nous nous préparions à faire un nouveau pansement compressif, quand une hémorrhagie foudroyante eut lieu par la bouche. Cette hémorrhagie ne put être arrêtée ni par la compression directe, ni par la compression sur la carotide primitive, et le malade expira presque subitement. Comme le matin, l'hémorrhagie s'était faite par le bout artériel périphérique.

L'autopsie est faite douze heures après la mort avec l'aide de MM. les docteurs Cochu et Lourties.

Une dissection de toute la région latérale gauche du cou est faite avec le plus grand soin. La tumeur est pleine de caillots. Elle se divise en deux poches bien distinctes : une supérieure et postérieure communiquant avec les deux plaies faites par le caustique; une inférieure et antérieure en rapport direct avec les vaisseaux carotidiens et l'ouverture pharygienne. Ces deux poches communiquent

entre elles par un trou du diamètre du doigt. Cette tumeur bilobée occupe presque tout le côté gauche du cou. Il n'y a plus traces de ganglions. Le sterno-mastoïdien a disparu dans la suppuration. Les vaiseaux et nerfs du cou sont englobés dans un tissu lardacé qui permet difficilement de les séparer. Une section de la carotide primitive étant faite au-dessus de la clavicule, on peut, au moyen d'une injection d'eau ordinaire, découvrir les points ulcérés et les ménager dans une dissection qui n'a pas duré moins d'une heure. Il eût été impossible de lier les divisions de la carotide au milieu de ces tissus dégénérés; la ligature n'aurait pu se faire que sur la carotide primitive à son tiers inférieur, et, comme nous l'avons fait voir, eût été inutile. Quoique nous n'ayons pas ouvert la pièce, il nous a été facile de sentir, dans la carotide primitive, un caillot actif déjà organisé, caillot formé par la compression. Nous laissons à M. Verneuil le soin de donner sur cette pièce curieuse tous les détails histologiques nécessaires. Nous nous contenterons de dire que l'ulcération siégeant à la fois sur la carotide primitive et sur la carotide externe, nous ne voyons qu'une triple ligature, en y comprenant encore celle de la thyrhoïdienne supérieure, qui eût pu mettre à l'écoulement du sang une barrière certaine. La tumeur s'ouvrait dans le pharynx, en arrière et au-dessous de l'amygdale gauche, au niveau de la grande corne de l'os hyoïde. Les veines du cou sont saines. La jugulaire contient un long et mince caillot noir.

Le cœur pèse 315 grammes. Accumulation de graisse à l'extérieur; pas de dégénérescence graisseuse interstitielle. Cœur gauche complètement vide de sang et de caillots; cœur droit rempli de caillots noirs récents. Valvulves et orifices sains.

Nombreuses adhérences pleurales anciennes. Un peu d'œdème pulmonaire. A la partie postérieure du poumon droit, on remarque quelques noyaux bruns d'hépatisation rouge. Ces noyaux ont la forme d'infarctus au début. La rate pèse 310 grammes. Sa coupe est de couleur ardoisée. Rien de particulier dans les reins.

Le foie pèse 1,685 grammes. Le lobe gauche est pâle, de couleur paille; son tissu présente à la coupe une dégénérescence graisseuse très-appréciable à l'œil nu. Le lobe droit est de couleur brune; sa couleur contraste fortement avec celle du lobe voisin. Pas d'infarctus, pas d'abcès, pas de néoplasme.

Le cerveau pèse 1,325 grammes. La pie-mère est œdématiée; elle se présente sous forme d'une masse gélatineuse légèrement louche. Masse cérébrale saine. Rien dans les ventricules. Caillots ré-

cents dans la bouche, le pharynx et le larynx. Œdème prononcé de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques.

M. DESPRÈS. L'observation de M. Verneuil et celle que notre collègue vient de nous communiquer, de la part de M. Dauvé, justifient très-certainement la thèse de l'ulcération des parois artérielles dans le cours de l'infection purulente. Toutefois, il y a des cas d'ulcération de la carotide dans le canal du rocher, survenus spontanément chez des individus bien portants d'ailleurs, si ce n'est qu'ils sont porteurs d'une nécrose avec séquestre de l'os malade.

M. GIRALDÈS. Depuis le cas malheureux de Liston, la plupart des perforations artérielles spontanées se sont montrées dans le cours d'une adénite, suite d'angine scarlatineuse.

Dans les régions axillaire, poplitée et inguinale, le même accident a eu lieu par suite de suppurations survenues chez des individus affaiblis.

Une chose qu'on ne saurait approuver dans l'observation de M. Dauvé, ce sont les applications successives de perchlorure de fer, alors qu'il aurait fallu procéder à la recherche des deux bouts du vaisseau, et y appliquer une ligature.

M. VERNEUIL, en réponse à M. Desprès, dit qu'il a voulu simplement catégoriser les faits, et non les généraliser outre mesure.

Les soi-disant individus bien portants étaient atteints tous de carie ou de nécrose du rocher, et dès lors il n'y a pas lieu de s'y arrêter.

Depuis plusieurs années que M. Verneuil poursuit la question des hémorrhagies secondaires spontanées, et dit n'en avoir, à peu près, jamais vues qui ne fussent précédées d'infection purulente aiguë, ou de l'élévation de la température constatée au thermomètre. Cette catégorie d'hémorrhagies septicémiques joue le plus grand rôle en chirurgie.

Répondant à M. Giraldès, M. Verneuil remarque que si M. Dauvé n'a pas cru devoir pratiquer la ligature, c'est que, de prime abord, il n'était pas sûr d'avoir affaire à une perforation de la carotide, et que plus tard, l'état désespéré du malade, par suite de l'infection purulente, ne permettait pas qu'on y songeât.

COMMUNICATION

M. DESPRÈS dit avoir réussi, dans deux cas de luxation double et récente de la mâchoire inférieure, à faire rentrer l'os luxé à sa

place, en se servant d'une manœuvre qui a pour but d'exagérer tant soit peu l'abaissement de la mâchoire.

M. PANAS rappelle à ce propos que c'est là une pratique bonne dans certains cas, et qui du reste est aussi vieille que la chirurgie, puisqu'on la trouve indiquée dès les temps hippocratiques.

M. GIRALDÈS fait observer que dans les luxations récentes du maxillaire inférieur, ce ne sont pas les efforts violents qui réussissent, mais bien les manœuvres bien combinées. Le procédé indiqué par M. Desprès réussit souvent, et l'on peut dire qu'il est monnaie courante en chirurgie.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 27 JUILLET 1870

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— M. Giraldès offre à la Société *l'Army médical départment report*, vol. in-8, broch., London, 1870.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la perte douloureuse de Von Graefe, membre associé étranger, âgé de 42 ans. Von Graefe est mort le 20 juillet courant, à la suite d'une maladie qui l'a tenu quelque temps au lit.

M. DESPRÈS, à propos du procès-verbal, désire revenir sur ce qu'il a dit dans la dernière séance, au sujet de la luxation de la mâchoire. La petite manœuvre préliminaire préconisée par lui n'a pas pour but d'effectuer la réduction, mais seulement de mobiliser les parties, de permettre aux muscles de reprendre leur place, et,

surtout, de dégager la coronoïde accrochée ou le ménisque interposé, causes principales, suivant lui, de l'irréductibilité de la luxation.

M. PANAS. Si M. Desprès admet, comme il vient de le dire, que l'irréductibilité de la luxation tient soit à l'accrochement de la coronoïde, soit à l'interposition du ménisque, il ne peut qualifier de petite manœuvre préliminaire le moyen qui vise précisément à enlever l'obstacle principal à la libre rentrée de l'os à sa place. Son but ne diffère dès lors en rien de celui poursuivi par les anciens, par M. Nélaton et par d'autres.

M. GIRALDÈS. En l'absence d'autopsies venant confirmer l'une quelconque des théories émises jusqu'ici au sujet de la luxation de la mâchoire, il est bon de ne s'attacher qu'à la pratique qui démontre l'utilité de l'abaissement du menton pour la réduction; ce qui, il faut bien le répéter, est chose connue de tous les chirurgiens.

M. VERNEUIL pense aussi que les obstacles à la réduction de la mâchoire ne sont pas encore connus. Tout ce qu'il peut dire de certain, c'est que dans une luxation de 30 jours qu'il eut à réduire, l'accrochement de la coronoïde n'était pour rien.

Contrairement à ce que nous a dit M. Desprès, les chirurgiens n'ont nullement l'habitude de mobiliser les os avant la réduction lorsqu'ils ont affaire à des luxations récentes, mais bien à des luxations anciennes.

Du reste, tout chirurgien, en ouvrant fortement la bouche de son malade pour y introduire les doigts ou un instrument, abaisse forcément le menton, qu'il le veuille ou non.

M. DEMARQUAY rappelle la pièce qu'il a présentée à la Société, et qui se trouve au musée Dupuytren. Il y avait interposition du ménisque.

COMMUNICATION

M. VERNEUIL. Dans ces dernières années, les opérations autoplastiques pour l'anus contre nature se sont enrichies de divers procédés plus compliqués les uns que les autres.

Celui qui paraît être le plus en faveur consiste à disséquer l'infundibulum jusque près du péritoine, pour le renverser ensuite, de façon à pouvoir réunir par la suture les deux surfaces cruentées, aussi bien de l'infundibulum que de la peau.

Ce procédé attribué à divers de nos maîtres, bien qu'il se trouve décrit pour la première fois dans la thèse de Léottard, 1840,

est minutieux, d'une exécution longue et difficile, a souvent échoué, et peut enfin exposer à l'ouverture du péritoine, toutes les fois que les adhérences qui relient l'intestin à la paroi sont peu étendues en surface. Le procédé américain, aidé de la flexion de la cuisse sur le bassin pour relâcher les parties, m'a paru devoir être plus simple, exempt de dangers et très-efficace. Comme on le verra par l'observation qui suit, ce procédé a répondu à mon attente.

Anus contre nature consécutif à une hernie inguinale étranglée, et datant de quatre ans. — Prolapsus du bout inférieur. — Excision de la partie invaginée ; destruction de l'éperon à l'aide du caustique et de l'entérotome. — Réunion de l'orifice par la suture métallique sans manœuvres autoplastiques. — Guérison (1). — J... (Marie), 49 ans, sans profession, entre à la salle Sainte-Jeanne, hôpital Lariboisière, le 2 octobre 1869.

Elle fut opérée il y a quatre ans d'une hernie étranglée par M. Cusco, qui, trouvant l'intestin gangrené, établit un anus contre nature.

A sa sortie de l'hôpital, il se produisit à l'orifice abdominal un gonflement assez considérable, dû au prolapsus de la muqueuse, et qui fut maintenu à l'aide d'un appareil destiné à recevoir les matières fécales. Depuis l'époque de son opération, la malade, qui avait auparavant une vie très-active, n'a pu faire que des travaux insignifiants. Elle rend tous ses excréments par l'anus artificiel, le bout inférieur de l'intestin n'ayant aucune communication avec le bout supérieur. Elle n'a jamais eu de selles par l'anus, néanmoins elle éprouve quelquefois des *envies* précédées pendant un ou deux jours d'un malaise général et d'une céphalalgie intense qui l'oblige à garder le lit.

Le 26 septembre 1869, pendant la nuit, elle fut prise de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, avec augmentation considérable du prolapsus. Les jours suivants, même état; elle ne peut se lever. Un médecin la fit transporter à l'hôpital où elle fut admise le 2 octobre.

L'état général est mauvais : visage pâle et amaigri; yeux languissants; peau chaude; pouls petit et fréquent; langue sale;

(1) Les notes qui m'ont servi à rédiger cette longue observation m'ont été fournies par MM. Garrigue et G. de la Quesnerie.

anorexie, nausées, hoquet. Le ventre, médiocrement douloureux à la pression, n'est pas ballonné. On constate une invagination considérable du bout inférieur qui descend jusque vers le milieu de la cuisse et se termine par un renflement volumineux d'aspect violacé. Vestige de l'ancien prolapsus de la muqueuse, l'intestin renversé est rouge, douloureux, bosselé par des brides qui le divisent en parties inégales. La surface muqueuse, devenue extérieure, est tuméfiée, enflammée; ici d'un rouge livide, là recouverte d'une exsudation grisâtre et en plusieurs points superficiellement gangrenée, elle sécrète un mucus trouble et très-fétide. Le doigt et la sonde pénètrent assez facilement dans la cavité centrale du boudin invaginé, qui a perdu toute communication avec celui de l'intestin. Celui-ci est resté dans l'abdomen; il s'ouvre par un orifice situé en haut et en dehors de la masse prolapsée, à l'angle supérieur et externe de l'anus contre nature, et continue comme par le passé à donner issue aux matières fécales.

Les téguments qui entourent l'ouverture arnomale sont rouges, excoriés dans une assez grande étendue par suite du contact incessant des matières intestinales. Çà et là on voit de gros bourgeons rouges semblables à des plaques muqueuses enflammées et constitués en réalité comme elles par des hypertrophies des papilles cutanées.

L'état général, mauvais comme nous l'avons déjà dit, interdisait toute action chirurgicale immédiate. Je crus pouvoir rattacher l'ensemble des symptômes à une septicémie due à l'absorption de matières toxiques par les lymphatiques de la muqueuse herniée. La médication instituée d'après cette hypothèse démontra son exactitude; sous l'influence de pansements répétés à l'acide phénique, la muqueuse se détergea rapidement et les phénomènes toxiques cessèrent au bout de deux ou trois jours; la malade put dormir et prendre du bouillon, puis quelques aliments réparateurs. Des lavements laudanisés donnés par le bout supérieur et des cataplasmes sur le ventre complétèrent cette médication.

Le 21 octobre, l'état général est suffisamment amélioré pour que l'on songe à une intervention plus active. La malade dort bien, prend divers aliments (bouillon, potage, vin, viande rôtie); elle demande instamment à être débarrassée de son mal; le moral est bon.

22 octobre. Ne pouvant songer à réduire l'invagination, je me décide à faire l'excision de la portion d'intestin hernié.

La malade étant légèrement chloroformée, la chaîne de l'écraseur linéaire embrasse le cylindre intestinal à 1 centimètre environ

de son point d'émergence. La section est faite lentement et ne fournit point de sang. On recherche avec précaution au centre de la plaie condensée par la chaîne la cavité de l'intestin; et pour empêcher la rétraction du bout inférieur dans l'abdomen aussi bien que l'ouverture béante du péritoine au niveau de l'éperon, on place en plusieurs points de la circonférence du nouvel orifice quelques sutures. Deux autres points fixent à la peau la partie interne de l'orifice.

Cette opération fut pratiquée au lit de la malade, en présence de MM. Cusco et Le Dentu. Ce dernier présenta la partie réséquée à la Société anatomique.

Les deux orifices, supérieur et inférieur, étaient maintenant presque au même niveau, mais ils restaient très-distants, écartés de 4 centimètres environ et séparés par un éperon large et épais à son sommet.

Dans le but de faire communiquer deux bouts de l'intestin et d'habituer l'inférieur à la présence des matières fécales, on plaça une sonde en caoutchouc par-dessus l'éperon.

Quelques symptômes gastriques s'étant montrés de nouveau, on injecta de l'eau de Sedlitz dans le bout inférieur, ce qui détermina l'évacuation par le rectum de matières dures, grisâtres, en amas irréguliers.

L'examen microscopique permet d'y reconnaître des débris d'épithélium mêlés à des mucosités concrètes.

Ces évacuations, les premières obtenues depuis l'établissement de l'anus artificiel, soulagèrent beaucoup la malade. La sonde, difficilement supportée, fut supprimée au bout de quelques jours. L'état de la malade continue à s'améliorer; appétit et sommeil bons; pas de fièvre.

2 novembre. J'attaque le bourrelet muqueux qui forme le bord libre de l'éperon, par une traînée de caustique de Vienne large de 7 à 8 millimètres et s'étendant d'un orifice à l'autre.

Trois cautérisations caustiques sont ainsi faites dans le courant du mois de novembre. On procède prudemment et à petites doses pour ne point perforer trop vite l'intestin. Pour plus de précision on cautérise avec le caustique Filhos, plus facile à manier, et dont l'action se limite à volonté; ces cautérisations ne déterminent qu'une douleur passagère; elles ne provoquent aucun trouble dans la santé générale.

Le 14 décembre, il ne reste plus de l'éperon que la partie profonde formée par l'accolement des deux parois intestinales. Mais un

autre résultat a encore été obtenu. La cautérisation, tout en détruisant le bourrelet, a provoqué un travail de rétraction en vertu duquel les deux orifices, autrefois distants de 4 centimètres, se sont rapprochés de moitié; une sorte de gouttière profonde d'un centimètre les fait communiquer superficiellement. Le doigt pénètre aisément dans les deux bouts qui sont régulièrement juxtaposés, larges, extensibles, perméables et séparés seulement par un éperon assez épais qu'il faut s'occuper de détruire pour préparer la cure radicale, c'est-à-dire l'occlusion de l'ouverture anormale.

Dans les premiers jours de janvier 1870, on essaye l'application, en guise d'entérotome, d'une simple pince à pansement dont les deux mors plats saisissent l'éperon qu'ils compriment. Les branches sont rapprochées et serrées à l'aide d'un drain en caoutchouc plusieurs fois enroulé. Cette première application fut très-peu profonde. La malade ne ressentit aucune douleur.

12 janvier. Deuxième application de la pince, portée cette fois plus profondément; symptômes graves, douleurs abdominales vives au niveau de l'ombilic; hoquet, vomissements, dépression du pouls. Température axillaire, deux heures après l'application de la pince, 36°6. Le soir, 36°7. Le lendemain tous les accidents ont disparu. La pièce se détache d'elle-même le 4° jour.

26, 27 janvier. Selles normales par l'anus, pour la première fois depuis cinq ans; elles sont peu abondantes.

3 février. Troisième application de la pince, pas d'accidents notables. La pince tombe le 5.

Ce procédé était efficace, mais marchait avec une grande lenteur; chaque application entamait à peine l'éperon dans une étendue de quelques millimètres. Pour aller plus vite, il fallait donc recourir à l'entérotome. On met en usage un instrument modifié, différant de celui de Dupuytren par la suppression des longues branches extérieures.

L'application fut faite le 23 février, à dix heures du matin. Presque immédiatement, réapparition des accidents signalés le 12 janvier, mais avec plus de violence; douleurs ombilicales très-vives. Prostration très-grande; frisson prolongé. On desserre l'entérotome; le soir, il y a un mieux sensible, qui se confirme le lendemain matin, bien que l'entérotome ait été resserré pendant la nuit. Température à onze heures du matin : 36°,8; le soir, 36°,6. Le lendemain matin, 36°,6.

27 février. La section de l'éperon n'est pas aussi profonde qu'on l'aurait pu croire; à peine l'a-t-on divisé dans l'étendue de 12 à

15 millimètres. On réapplique donc l'entérotome. Les douleurs sont moins vives que la première fois. Desserré dans la journée, l'entérotome est complétement fixé le lendemain matin, et reste sans causer d'accidents les jours suivants. Température matin, 36°,7; le soir, 36°,8. L'instrument tombe au bout de cinq jours. Il y a environ 2 centimètres et demi de section; il en faut encore 1 et demi.

19 mars. Troisième et dernière application. Le jour même, reprise des accidents, vomissements; douleurs abdominales comme les autres fois. Ces accidents se calment dans la soirée. Température deux heures après l'application, 36°,7; soir, 36°,6.

20 mars. La malade est très-faible, mais n'éprouve plus aucune douleur. Température du matin, 36°,8.

Les jours suivants, pour savoir si la section de l'éperon est suffisante et si la communication entre les deux bouts est facile, on cherche, au moyen d'une occlusion aussi complète que possible, à rapprocher les lèvres de la plaie et à réduire l'intestin, qui a toujours de la tendance au prolapsus. On effectue cette occlusion avec de la baudruche et plusieurs couches de collodion. On obtient ainsi plusieurs selles normales par l'anus, et on ne constate aucun indice d'arrêt des matières dans l'entonnoir.

Rien ne s'oppose donc désormais à l'occlusion définitive de l'anus anormal, qui est constitué de la manière suivante : elliptique à grand diamètre oblique dans le sens du pli de l'aine; il mesure d'une commissure à l'autre environ 4 centimètres; la commissure supérieure et externe est formée par le bout supérieur; la commissure inférieure et interne par le bout inférieur. Les deux èvres, supérieure et inférieure, viennent facilement au contact, quoique pouvant être écartées de 2 centimètres. Le pourtour est formé superficiellement par la peau, rouge, un peu excoriée et indurée et se déprimant en entonnoir; elle est soudée à la muqueuse intestinale, qui forme un bourrelet circulaire, dépressible, mais qui, aussitôt la pression cessant, tend à former hernie. L'éperon lui-même, malgré la perte de substance éprouvée, arrive facilement jusqu'à l'orifice sous l'influence du moindre effort. Cependant on le refoule aisément à une profondeur suffisante pour que le passage des matières d'un bout à l'autre ne rencontre aucun obstacle. La malade ayant été purgée la veille et les deux bouts ayant reçu le matin même une injection abondante, l'opération est faite le 13 avril.

Très-simple comme manuelle, elle consiste uniquement dans la réunion des bords par la suture métallique; mais elle est calquée

sur l'opération de la fistule vésico-vaginale par le procédé américain. L'avivement porte exclusivement sur la peau et recpecte absolument la muqueuse intestinale. La zone cruentée offre une largeur d'au moins 15 millimètres, ce qui assure son affrontement par une large surface.

Les sutures, au nombre de sept, sont placées à l'aide de l'aiguille tubulée de Mathieu à 8 millimètres de distance environ. Les fils suivent le trajet suivant : plongés dans la peau saine du bord inférieur à 1 centimètre de la surface avivée, ils viennent ressortir à l'union de cette surface avec la muqueuse intestinale; puis, réintroduits de nouveau dans le point correspondant du bord supérieur, ils ressortent définitivement sur la peau saine de la paroi abdominale, à 1 centimètre de la zone sanglante. Leurs points d'immergence et d'émergence superficiels sont donc distants d'au moins 5 centimètres; aussi l'anse métallique embrasse-t-elle solidement une grande épaisseur de parties molles.

Malgré cela, l'affrontement s'effectue sans difficulté; on a seulement quelque soin à prendre pour refouler la muqueuse intestinale et son bourrelet périphérique, qui tendent sans cesse à faire hernie.

Les chefs de fils sont assujettis par des tubes de plomb.

La réunion effectuée, aucune surface saignante n'existe, ni à la surface ni à la profondeur.

La flexion modérée de la cuisse sur l'abdomen faisant disparaître aisément toute tension des lèvres réunies, on juge inutile tout débridement latéral, tout décollement, toute incision libératrice.

L'opération, en résumé, est une pure anaplastie par synthèse, sans manœuvre autoplastique quelconque.

Des compresses imbibées d'eau froide constituent tout le pansement. Aucun accident ne survient, ni douleurs abdominales, ni vomissements, ni tympanite, ni fièvre.

16 avril. On enlève les fils. La plaie est protégée par des bandelettes de baudruche fixées par le collodion. La plus grande partie de l'ouverture paraît définitivement fermée.

17. Même état. Deux selles dans la journée.

Un peu de rougeur et de gonflement de la région opérée.

18. Quelques gaz et un peu de matière sortent par l'angle interne, au niveau du dernier point de suture. Pas de selle par le bas.

19. L'écoulement fécal continue par l'angle interne.

La malade n'a été à la selle qu'après un lavement.

22-23. L'issue des matières paraît diminuer; l'ouverture de l'an-

gle interne est sensiblement rétrécie ; elle est linéaire, longue d'environ 1 centimètre et demi à la surface. Application sur les bords d'ammoniaque liquide, pour empêcher l'épidermisation.

26. L'orifice est assez rétréci par les bourgeons charnus pour mettre obstacle à l'écoulement fécal.

28. Il semble définitivement fermé.

29. L'angle externe, qui n'avait rien présenté de remarquable jusqu'ici, laisse suinter quelques mucosités roussâtres par une fente étroite dont les bords paraissent un peu enflammés. En même temps, le suintement fécal de l'angle interne, un instant supprimé, reparaît à travers une ouverture à peu près circulaire, de 6 millimètres de diamètre environ.

L'état général, un peu moins bon que les jours précédents, n'inspire pourtant aucune inquiétude. On nettoie avec soin la région opérée et on continue à cautériser légèrement les trajets fistuleux.

3 et 4 mai. La fente linéaire de l'angle externe augmente en profondeur, et laisse passer un peu plus de matières. Il existe donc un écoulement fécal aux deux angles.

Les matières qui s'échappent sont de nature bilieuse ; probablement elles sont irritantes, car la peau rougit et s'excorie au pourtour des petits orifices. La malade présente un léger état saburral. Un purgatif anodin est administré; il dissipe rapidement le malaise et modifie sans doute les qualités du fluide intestinal, car aussitôt l'irritation de la peau cesse et les trajets se rétrécissent rapidement.

13 mai. Les deux ouvertures touchées tantôt avec le nitrate d'argent, tantôt avec l'ammoniaque, après être restées stationnaires quelque temps, se rétrécissent notablement. Cependant il existe toujours à l'angle interne un petit orifice circulaire de quelques millimètres de diamètre, traversé par les matières, et à l'angle externe, une fente linéaire avec un suintement insignifiant.

14. Rien ne passe plus par les ouvertures; on est en droit d'espérer une occlusion définitive.

État général excellent : bon appétit, bonnes digestions. Les forces reviennent et l'embonpoint se dessine de plus en plus.

21. La malade est prise de coliques : les tissus sont irrités par les matières fécales; les quelques adhérences qui s'étaient produites au niveau des ouvertures sont détruites, et l'écoulement fécal se reproduit aux deux angles, *ut supra.*

27 mai. Les coliques ont cessé complètement, et l'écoulement des matières est moins abondant. On permet à la malade de se lever et de se promener dans la salle.

31. Depuis deux jours, il n'y a plus d'écoulement par l'orifice externe, qui se montre sous forme d'un sillon linéaire bordé par deux saillies de la peau. L'orifice interne, du diamètre de 6 millimètres, laisse passer peu de matières.

9 juin. L'état de la malade va s'améliorant de jour en jour; l'ouverture externe fermée, l'orifice interne considérablement rétréci, la présence de bourgeons charnus, tout fait espérer un succès complet; mais la malade insiste pour sortir de l'hôpital.

30 juin. Nous sommes allés voir la femme Jacob à son domicile; elle paraissait avoir un peu souffert de sa sortie prématurée de l'hôpital. Nous avons examiné l'aine droite et avons constaté ce qui suit : la peau de la région est lisse, un peu rose; la paroi abdominale à ce niveau est un peu plombée.

La cicatrice, longue de 7 centimètres, ayant la direction oblique du pli de l'aine, située immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, présente, à partir de son extrémité externe, l'aspect suivant :

1° Sur une étendue de 1 centimètre et demi, petit sillon linéaire déprimé avec légère saillie de la peau au-dessus et au-dessous, siége antérieur d'un suintement fécal, mais actuellement tout à fait imperméable;

2° A la suite, cicatrice nette sur le même plan que la peau voisine, dont elle présente la coloration. Longueur, 3 centimètres et demi. A ce niveau, la plaie n'a jamais présenté d'accidents depuis la suture, la réunion étant immédiate;

3° A cette trace cicatricielle si nette succède une dépression étroite, un peu irrégulière, d'environ 1 centimètre. On y constate, au milieu de granulations charnues, un petit orifice d'environ 2 millimètres et demi de diamètre, donnant encore passage à des matières;

4° A la suite, la cicatrice reprend nettement dans une étendue de 1 centimètre, et finit par se confondre avec les plis de la peau.

La malade ne se trouve nullement incommodée par la petite fistule stercorale. La guérison serait complète aujourd'hui, si on avait pu continuer les soins. Si le trajet persistant ne s'oblitère pas de lui-même, la moindre cautérisation en fera facilement justice.

M. PANAS croit effectivement que, dans des cas donnés, le procédé préconisé par M. Verneuil pourra rendre de réels services.

Déjà Velpeau, en 1835, pratiqua ce mode de réunion en présence de Valentin Mott, et réussit.

Il est d'autant plus intéressant de le rappeler qu'à cette époque la méthode dite *américaine* n'avait pas vu le jour, et que l'honneur en revient dès lors à la chirurgie française.

M. Verneuil n'a pas cru devoir se servir du caustique, attendu qu'il a craint, a-t-il dit, une coaptation incomplète des deux valves de l'instrument porte-caustique, trop grosses d'ailleurs pour être facilement maniées.

M. Panas dit en avoir retiré le meilleur parti dans un cas qu'il a communiqué à la Société. L'instrument dont il s'était servi était celui de M. Laugier, chargé de pâte de Canquoin, et, en moins de deux heures d'application, il a pu détruire, sans accidents, 20 à 25 centimètres d'éperon, qui, de l'orifice inguinal, se prolongeaient jusqu'au fond du scrotum.

Ce qui a conduit les auteurs au décollement et à la suture de l'infundibulum, ce n'est pas le désir de multiplier les sutures ni de compliquer l'opération, mais bien la nécessité de conserver un cul-de-sac vis-à-vis le point rétréci de l'intestin, destiné à prévenir les accidents d'occlusion intestinale qui en sont la suite, une fois l'orifice extérieur bouché.

M. Verneuil, en faisant l'excision des parois de la fistule, va dès lors à l'encontre de ce précepte.

M. CHASSAIGNAC confirme ce qui a été dit par M. Verneuil sur l'entérotome de Dupuytren, et comme lui il a noté l'oppression épigastrique ou ombilicale qui accompagne souvent l'application de cet instrument.

Pour toutes ces raisons, M. Chassaignac est disposé à donner la préférence à l'écraseur, qu'il a eu l'occasion d'appliquer avec succès dans le service de Velpeau, en présence de Raybard, de Lyon.

Il est également disposé à repousser le caustique comme pouvant se diffuser, et surtout parce qu'il détermine une coarctation des tissus plus forte que les autres moyens.

M. VERNEUIL, répondant à M. Panas, dit devoir réserver son jugement sur le procédé suivi par Velpeau, jusqu'au moment où il aura consulté à nouveau les détails de l'opération de ce chirurgien, qui lui échappent actuellement.

Il n'est nullement hostile aux caustiques, puisqu'il s'en est servi. Seulement, dans le cas particulier, il a pensé que les diverses pinces porte-caustiques qu'on trouve toutes faites étaient d'une application difficile, et il n'a pas cru devoir en faire faire une exprès.

Quant à l'objection de rétrécir le calibre de l'intestin, M. Verneuil ne la croit pas fondée, attendu que, dans le procédé qu'il a suivi, s'est gardé de toucher à la muqueuse intestinale, qu'il a conservée intacte.

Reste la question de l'emploi de l'écraseur pour pratiquer la sec-

tion de l'éperon, ainsi que le veut M. Chassagnac. Devant la crainte et l'on peut dire la certitude d'ouvrir le péritoine en procédant de la sorte, M. Verneuil ne craint pas de repousser formellement l'écraseur, dont il est grand partisan, on le sait, dans d'autres circonstances.

M. PANAS. Devant l'explication donnée par M. Verneuil, que dans son procédé il excise la peau seule, en respectant le trajet muqueux de l'anus contre nature, lequel est formé, comme on sait, tantôt par la muqueuse intestinale elle-même, et d'autres fois par une pseudo-muqueuse analogue à celle des autres trajets fistuleux, il n'y a plus lieu d'insister sur l'objection d'un rétrécissement possible de l'intestin.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel, F. PANAS.

SÉANCE DU 3 AOUT 1870

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : Les *Archives générales de médecine*, numéro d'août; — *la Gazette médicale de Strasbourg* ; — *le Bulletin général de thérapeutique* ; — *le Marseille médical* ; — *le Sud médical* ; — Une note de M. Thomas (de Tours), avec observation à l'appui, sur les *fractures transversales des os maxillaires supérieurs*.

— M. Verneuil dépose sur le bureau deux thèses, au nom de leurs auteurs ; l'une, intitulée : *De la grossesse dans ses rapports avec le traumatisme*, est de M. le docteur Eugène Petit.

Les conclusions de ce travail sont :

1° Le traumatisme sans hémorrhagie, en dehors de la sphère génitale, ne donne pas lieu à l'avortement;

2° Les contusions dans la sphère génitale produisent, surtout s'i y a hémorrhagie, l'avortement ;

3° La consolidation des fractures est fréquemment entravée par la grossesse ;

4° L'anesthésie ne sera employée chez la femme enceinte qu'avec une extrême réserve.

La seconde thèse est relative à l'emploi du *chloral dans le tétanos.* L'auteur, M. Subise, conclut comme il suit :

Sur 17 cas de tétanos traités par le chloral, il y a eu 8 morts et 9 guérisons.

M. Verneuil trouve cette proportion d'autant plus significat... que divers cas de mort pourraient être attribués, à la rigueur, à d'autres causes intercurrentes. Viendrait-on à objecter que la plupart des cas de guérison appartiennent au tétanos à marche chronique, que la proportion de 9 guérisons sur 17 cas n'en serait pas moins belle pour cela.

RAPPORT

M. FORGET, au nom d'une commission composée de MM. Tillaux, Labbé et Forget, lit le rapport suivant :

De la coexistence de la grenouillette sub-linguale et d'un kyste sus-hyoïdien. — Difficulté du diagnostic. — Traitement. — Messieurs, le dernier mot a-t-il été dit sur la tumeur sub-linguale, improprement appelée *grenouillette ?* A voir les travaux nombreux dont cette maladie a été l'objet, et les vives controverses auxquelles ils ont donné lieu, on serait porté à répondre à cette question par l'affirmative. Plus qu'aucun autre, ayant fait du sujet dont il s'agit une étude spéciale dont j'ai soumis les résultats au jugement de la Société de chirurgie, je me crois fondé à dire que les points essentiels qui ont trait à l'origine, à la nature et au siége de cette tumeur, sont bien connus et sont aujourd'hui fixés d'une manière définitive. Aussi me garderai-je de les aborder de nouveau, voulant me renfermer exclusivement dans les limites qui me sont nettement tracées par les deux faits dont j'ai à vous rendre compte.

Dans la discussion qui suivit la lecture du rapport que je vous ai

présenté le 10 novembre 1869, sur un cas de grenouillette instantanée et diffuse, communiqué par M. Bouchard, interne de l'hôpital Necker, M. Giraldès, considérant les deux variétés de grenouillette, l'une appartenant à la glande sub-linguale et l'autre à la glande sous-maxillaire, prétendit que la première proémine du côté de la cavité buccale, et que la seconde fait saillie du côté du cou, vers la racine duquel le kyste descend s'il prend un grand volume. Ce qui revient à dire, si l'opinion de notre collègue était fondée, que les kystes salivaires sous-maxillaires et cervicaux sont la conséquence obligée de toute lésion de canalisation compromettant l'agissement fonctionnel de la glande sous-maxillaire ; or il faut reconnaître que l'observation clinique n'a rien démontré de semblable. Qu'il existe sous le bord de la mâchoire inférieure et dans un rayon assez peu étendu sur la portion voisine de la région cervicale une tuméfaction plus ou moins prononcée lors de l'existence d'une grenouillette sous-maxillaire, la dilatation ampullaire du conduit de Warthon se propageant jusqu'à la portion de ce conduit voisine de la glande, et qui se trouve au-dessous du muscle mylo-hyoïdien, cela, à coup sûr, n'est pas contestable, et M. Giraldès a fait preuve d'une saine observation en signalant cette disposition, qui constitue un élément séméiotique de cette variété de grenouillette. Aller au delà et prétendre à l'ampliation considérable de celle-ci au point de déterminer un kyste cervical volumineux et fluctuant sans aucune participation du conduit de la glande au fait morbide, sans la préexistence dans la région sub-linguale d'une tumeur salivaire due à la dilatation de ce canal, c'est ce que les faits cliniques ne me semblent pas avoir établi, ceux du moins qui sont venus à ma connaissance.

Aussi, lors de la discussion à laquelle je fais allusion, j'ai demandé s'il n'était pas plus rationnel d'admettre, en pareil cas, une coïncidence entre la présence d'un kyste sub-lingual et d'un kyste cervico-maxillaire au contact l'un de l'autre et adossés par l'une de leurs parois, deux lésions de nature et d'origine différentes pouvant fort bien coexister dans des régions limitrophes.

A cette question que, *à priori*, on eût pu résoudre par l'affirmative, la clinique n'a pas tardé à faire une réponse péremptoire. On la doit à M. Charles Périer, qui est venu nous lire une observation ayant pour titre : *Existence simultanée d'un kyste sus-hyoïdien et d'une grenouillette sub-linguale. — Injection du kyste. — Disparition successive des deux tumeurs.* — Voici l'analyse de ce fait intéressant.

Observation I. — Le nommé M... entra le 16 septembre 1869 à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, nº 2, dans le service de M. Gosselin, dont M. Périer était alors suppléant.

Cet homme, âgé de 29 ans, porte au-dessous du menton une tumeur au niveau de laquelle la mollesse et la fluctuation sont tellement accusées qu'il est impossible de méconnaître l'existence d'une cavité renfermant un liquide trop peu abondant pour le distendre complétement, d'où il résulte que sa percussion produit des mouvements ondulatoires comme cela a lieu dans les épanchements traumatiques de sérosité.

En rassemblant le liquide par une compression concentrique, on s'assure que ses limites précises sont très-exactement celles de la région sus-hyoïdienne, c'est-à-dire qu'elle s'étend de l'os hyoïde à la symphyse du menton et d'un angle de la mâchoire à l'autre. En déprimant la paroi superficielle pour explorer l'état des parties profondes, on reconnaît aisément derrière la symphyse, sur la ligne médiane, l'existence d'une tumeur arrondie du volume d'une petite noix, adhérente au plan musculaire et faisant saillie dans la cavité même du kyste sus-hyoïdien. Sa consistance est pâteuse, la pression en réduit sensiblement le volume. Lorsque cette réduction s'effectue, le malade accuse un sentiment de gêne dans a bouche, phénomène qu'explique l'examen de la cavité buccale. En effet, la muqueuse du plancher est soulevée par une tumeur arrondie qui reporte la langue en haut et en arrière, et qui, latéralement, s'étend jusqu'à la dernière molaire de chaque côté. Cette tumeur est élastique, résistante; elle cède un peu sous la pression, mais alors la petite tumeur que l'on a vue exister et faire saillie dans le kyste sus-hyoïdien, au-dessous du plan musculaire et derrière la symphyse, reprend son volume primitif; son relief s'accentue, et sa surface se tend et durcit. Chaque fois que l'on renouvelle l'expérience, l'une des tumeurs diminue ainsi aux dépens de l'autre.

L'auteur a soin d'ajouter que la muqueuse buccale soulevée est transparente, bleuâtre, que le trajet des conduits de Warthon est bien indiqué à la surface de la tumeur, que les orifices de ces conduits sont intacts.

En présence de cette symptomatologie exposée par M. Périer avec une rigoureuse précision, il conclut (à bon droit, suivant nous) qu'il s'agit manifestement d'une grenouillllette sub-linguale envoyant un diverticule entre les muscles qui s'insèrent aux apophyses géni; que cette grenouillette et son diverticule forment une

cavité indépendante de la collection sous-cutanée, leur consistance étant très-différente, et en aucun cas la fluctuation ne se transmettant de l'une à l'autre.

Un autre motif de repousser toute idée de solidarité, d'origine et de nature entre ces deux kystes se fonde sur l'historique de la collection liquide sous-cutanée, qui est bien un kyste ancien et récidivé.

Déjà il existait en 1866, époque où il fut ponctionné par M. Velpeau; il occupait exactement la même place; il était plus volumineux qu'aujourd'hui; il était isolé, ne s'accompagnait d'aucune grosseur dans la bouche, et le malade assure se bien rappeler que Velpeau, aussitôt la ponction faite, dit : « Voilà un beau kyste... » Aucune injection ne fut faite dans la cavité, et le chirurgien renvoya le malade après l'avoir prévenu que sa tumeur se reproduirait, ce qui eut lieu rapidement. Toutefois, un mois après, elle avait disparu complétement; et au dire du malade, qui n'a jamais varié sur ce détail, ce n'est qu'au mois de juillet 1867 que le kyste cervico-maxillaire s'est reproduit progressivement.

Quant à l'apparition de la grenouillette, elle est récente. Après avoir, pendant une semaine environ, souffert dans l'intérieur de la bouche, au commencement de septembre 1869, c'est-à-dire quatorze jours avant son entrée à l'hôpital, le malade dit qu'il s'en est aperçu. Elle se serait ainsi accrue assez rapidement, ce qui est la marche ordinaire des kystes salivaires.

Quelle devait être la conduite du chirurgien devant cette dualité pathologique confinant l'une à l'autre, mais dont l'étude attentive excluait tout lien de solidarité originelle, soit primitif, soit consécutif, entre les deux éléments morbides qui la constituent? M. Périer se décida d'abord à tenter le traitement du kyste sus-hyoïdien, et bien lui en prit; mais cela lui permit, après l'évacuation du liquide par une ponction, de s'assurer de l'entière persistance de la tumeur sub-linguale, devenue alors plus accessible et plus apparente, puisque, en outre, il fut assez heureux pour voir disparaître sous l'impulsion du même agent curatif, la teinture d'iode au tiers en injection dans le kyste hyoïdien, d'une part celui-ci, et d'autre part la grenouillette elle-même ainsi que son diverticule.

La guérison simultanée des deux tumeurs par l'injection de la teinture d'iode dans la cavité de l'une d'elles seulement, est un fait digne d'attention et qu'explique la continuité anatomique des deux kystes. N'est-il pas rationnel de penser qu'il s'est passé ici un phénomène d'endosmose singulièrement favorisé par la disposition des

parois membraneuses de ces kystes, liées entre elles et accolées l'une à l'autre d'une façon très-intime? Je crois avec l'auteur que c'est là un fait analogue à celui qui s'observe dans les cas d'hydrocèle double, où l'injection pratiquée d'un seul côté amène la guérison des deux tumeurs. Entendons-nous toutefois sur ce mot *guérison*. Dans l'espèce, est-il bien le mot propre et le plus juste? En l'absence d'une injection liquide ou de toute autre manœuvre chirurgicale agissant directement à l'intérieur d'une cavité pathologique et pouvant ainsi en modifier la vitalité et en changer les conditions physiologiques, est-on fondé à admettre que l'on puisse obtenir une cure radicale, et n'est-il pas probable que le traitement dans lequel cettte indication fondamentale n'a pas été remplie ne peut avoir qu'un effet incomplet temporaire, et qu'il sera prochainement suivi de récidive?

Cette supposition est justifiée par l'observation de M. Périer. Il a revu son malade le 16 septembre, 2 mois après l'opération, et s'il a constaté que l'induration qui a remplacé le kyste sus-hyoïdien diminuait progressivement, par contre, il a noté, sous la muqueuse buccale, un peu à droite de la ligne médiane, la persistance d'une petite tumeur fluctuante du volume d'une grosse amande, et qui ne peut être, suivant moi, que la grenouillette disparue momentanément, et déjà en voie de reproduction.

Nonobstant cette divergence purement clinique entre l'auteur et moi, le fait anatomique important qui constitue le côté original de son observation, à savoir la coexistence d'un kyste salivaire et d'un kyste séreux sus-hyoïdien juxtaposés, mais distincts l'un de l'autre, pouvant *à priori* simuler une grenouillette cervico-maxillaire, ce fait demeure désormais acquis à la science, et lui fournit un élément précieux qui complète l'étude de la grenouillette considérée dans un nouvel aspect.

J'en dirai autant de la seconde observation que j'ai indiquée dès les premières lignes de mon rapport, et qui m'a été adressée par mon honorable collègue M. Le Fort, à la suite de la communication faite par M. Périer à la Société de chirurgie. Voici l'analyse de cette observation :

Observation IIe, communiquée par M. Le Fort. — Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, entré en juin 1868 à l'hôpital Cochin, pour une tumeur siégeant sous la mâchoire inférieure, du côté droit.

Dans la région occupée par la glande sous-maxillaire, s'étendant depuis l'angle de la mâchoire jusque près de la symphyse, je

trouve, dit M. Le Fort, une tumeur assez fortement saillante, se prolongeant en bas à trois travers de doigt au-dessous du maxillaire, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, laquelle est mobile à la surface de la tumeur. Il est impossible, vu la situation, de rechercher utilement la transparence.

En examinant si la tumeur fait saillie du côté de la bouche, je trouve le plancher buccal soulevé sur les parties latérales de la langue et avec lui la glande sublinguale. Il existe en ce point une grenouillette avec tous ses caractères.

M. Le Fort, après des recherches minutieuses, afin de déterminer s'il existe un rapport entre la tumeur sublinguale et la tumeur sous-maxillaire, et si le prolongement buccal qu'il suppose être une émanation de cette dernière, ne proviendrait pas de la dilatation du conduit de Warthon ou du moins de la partie voisine de la glande sous-maxillaire qui se trouve au-dessus du muscle mylo-hyoïdien, après ces recherches, M. Le Fort reste dans le doute sur une communication réelle de l'une à l'autre. La pression exercée sur la tumeur sublinguale tend la tumeur sous-maxillaire et *vice versa;* mais cette tension peut se produire par l'intermédiaire du plancher buccal, auquel se communique la pression exercée sur l'une et l'autre tumeur.

M. Le Fort fait observer que la grenouillette avait déjà existé et qu'une première fois déjà elle avait été opérée par Velpeau par ponction et injection iodée, et que la récidive s'était produite promptement.

Se fondant sur la préexistence d'une grenouillette ancienne et récidivée, M. Le Fort avoue sa tendance à croire à la connexité directe des tumeurs et à la nature salivaire de l'une et de l'autre. Espérant dès lors vider la poche sous-maxillaire en opérant la grenouillette sublinguale, il attaqua celle-ci par dissection et excision de ses parois, évacuation du liquide et introduction de quelques gouttes de teinture d'iode dans ce qui restait de la cavité kystique. Le liquide qui s'en écoula après son ouverture était jaunâtre, filant comme l'albumine de l'œuf.

Toutes les pressions possibles exercées sur la tumeur sous-maxillaire ne purent diminuer son volume et la vider même en partie. Évidemment il n'y avait aucune communication entre elle et le kyste intra-buccal.

Quinze jours s'étaient à peine écoulés que l'opéré, chanteur dans un théâtre, avait repris sa profession; la guérison de sa grenouillette était complète et définitive.

Restait la tumeur sous-maxillaire, qui ne fut nullement modifiée par l'opération précédente.

Une ponction avec le trocart donna issue à un liquide clair tout à fait comme de l'eau, sauf une très-légère teinte citrine. Une injection iodée suivit l'évacuation du liquide pathologique. Elle produisit une légère sub-inflammation, qui se termina par une guérison sans récidive de la maladie.

Cette deuxième observation, comme la première, témoigne de la coexistence d'une grenouillette et d'un kyste sous maxillaire indépendant d'elle, dans des conditions de développement et de rapports réciproques qui rendent le diagnostic de cette dualité morbide obscur et difficile. Il peut même l'être à tel point que ce n'est, comme dans le cas de M. Le Fort, qu'après l'évacuation du liquide contenu dans l'un des kystes, qu'il devient possible de l'établir avec certitude.

On ne saurait donc mettre trop de réserve à se prononcer en pareille circonstance sur la composition originelle des tumeurs juxtaposées, et à admettre sur le seul fait de la présence d'une grenouillette que le kyste sus-hyoïdien coexistant en soit un prolongement nécessaire. Les deux observations qui précèdent démontrent le contraire; aussi, sans prétendre nier la possibilité de l'unité morbide due à l'extension du kyste salivaire à travers le plancher buccal, il m'a semblé juste, avant de l'admettre autrement qu'à titre de disposition exceptionnelle, d'attendre que l'observation clinique l'ait mise en évidence.

En terminant mon rapport, je vous propose, au nom de la commission : 1° D'adresser des remercîments à M. Périer pour son intéressante communication, qui a eu l'heureuse influence de faire connaître un fait analogue de M. Le Fort, et de fournir ainsi à votre rapporteur la matière d'un travail d'analyse qui ajoute une page nouvelle à l'histoire de la grenouillette, qui, à ce point de vue, était encore incomplète.

2° D'inscrire honorablement son nom sur la liste des candidats pour la place de membre titulaire.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

M. GIRALDÈS. Le rapport de M. Forget cherche à établir un fait que personne n'a nié, à savoir, la coexistence possible de deux kystes, l'un séreux, l'autre salivaire, avec ou sans communication entre eux. Dans un travail de Gurlt, on trouve plusieurs cas de ce genre.

M. Forget traite d'hypothétique l'opinion que j'ai émise antérieu-

rement sur le siége, pour ainsi dire forcé, de la tumeur salivaire sous-maxillaire dans le *triangle hyo-digastrique*. A cela je répondrai que non-seulement ce fait est en rapport avec les données anatomiques, mais qu'il m'a été donné de le vérifier cliniquement dans un cas où l'injection, poussée par le cou, sortait par le canal de Warthon.

Dans le livre de Boyer, il est question d'un kyste sous-maxillaire faisant saillie dans la bouche, et qui descendait très-bas, sur la partie latérale du cou.

On pourrait objecter qu'il ne s'agissait pas là d'un kyste véritablement salivaire; ce à quoi je répondrai que l'observation de M. Forget manque à son tour de preuves suffisantes.

Contrairement aux kystes de la sous-maxillaire, ceux des glandes sub-lingale et de Nuck font constamment saillie dans la bouche.

A l'explication du mélange des deux liquides, salivaire et séreux, par endosmose, que propose M. Forget, M. Giraldès préfère admettre la communication directe, par érosion et amincissement de la cloison intermédiaire aux deux kystes juxtaposés.

M. FORGET n'a pas eu la prétention, dit-il, de combattre l'opinion de M. Giraldès. Il a voulu seulement y apporter une restriction, en disant qu'il n'est pas démontré que de larges kystes occupant la région du cou puissent être purement glandulaires, et que peut-être, comme dans le fait de M. Périer, il s'agit plutôt là de deux kystes juxtaposés, l'un séreux et l'autre salivaire.

M. GIRALDÈS. Ce qui distingue la grenouillette sous-maxillaire, outre qu'elle ne fait pas de saillie dans la bouche, c'est d'être dès le début sous-aponévrotique, et jamais sous-musculaire.

M. FORGET reconnaît que le fait clinique observé par M. Giraldès est très-démonstratif; seulement, n'en connaissant pas tous les détails, il ne pouvait pas le citer dans son rapport.

LECTURE

M. DUBRUEIL lit, à l'appui de sa candidature, un travail concernant *l'opération du varicocèle par enroulement et cautérisation électrique* combinés. Pour cela faire, l'auteur se sert de deux fils, l'un en argent et l'autre en platine.

Renvoyé à la commission déjà nommée.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. DEMARQUAY présente un enfant auquel il a pratiqué une

résection de l'extrémité inférieure du péroné droit, de l'étendue de 9 centimètres. Cet enfant est âgé de 12 ans. Il est entré à la Maison de santé dans les premiers jours de janvier. Il est né d'une mère phthisique, et sa constitution est lymphatique. La tuméfaction formée par la malléole externe est assez volumineuse.

Le début du mal remonte à six mois; depuis quelque temps, elle est devenue le siége de douleurs lancinantes; de plus, dans un point limité, lorsque l'on exerce une certaine pression, on détermine une crépitation due au refoulement et à la fracture d'une lamelle osseuse. M. Demarquay, craignant d'avoir affaire à une affection carcinomateuse de la malléole externe, se mit en mesure de pratiquer la résection de l'extrémité inférieure du péroné droit dans l'étendue de 9 centimètres. Mais avant, pour assurer le succès de l'opération, il fit construire par MM. Robert et Colin une gouttière bien rembourrée et moulée en quelque sorte sur la forme du membre, dans laquelle ce dernier fut parfaitement immobilisé. Une grande valve faite à la partie externe de la gouttière, permettait au chirurgien de faire les pansements sans imprimer le moindre déplacement au membre opéré.

L'opération a été pratiquée dans les premiers jours de janvier, et aucun accident grave n'est venu entraver la guérison. Bien que l'articulation tibio-tarsienne fût largement ouverte, il n'est survenu aucun accident sérieux de ce côté, point de douleurs vives, ce que M. Demarquay attribue à l'immobilité complète dans laquelle le membre a été fixé immédiatement après l'opération. Aussi, toutes les fois que ce chirurgien pratique une résection articulaire, il considère comme un devoir important d'immobiliser l'articulation malade, afin que les pansements se fassent sans aucun mouvement imprimé à l'articulation ouverte. Le résultat de l'opération est très-satisfaisant. L'enfant marche bien, le pied du côté opéré n'a qu'une petite tendance à se renverser en dedans; mais on va corriger cette disposition, en faisant porter à l'enfant un appareil prothétique. L'examen histologique fait de la tumeur prouve qu'elle est formée par une ostéite avec dépôt de matière tuberculeuse. Le périoste a été enlevé, aussi la malléole ne s'est point reproduite.

M. DESPRÈS. L'état de ce membre est défectueux, aussi l'enfant boite, et il boitera toujours, à cause de l'ankylose fibreuse de l'articulation tibio-tarsienne causée par l'opération.

M. DEMARQUAY proteste qu'il y ait ankylose, mais seulement une simple roideur, qui ira en diminuant avec l'exercice du membre.

M. BOINET pense que la portion réséquée du péroné s'est reproduite en partie.

M. DUPLAY, sans vouloir critiquer l'opération couronnée de succès, aurait voulu que l'on se bornât ici à une résection avec conservation de la malléole péronéale, qui paraît saine. C'est ce qu'il fit dans un cas où il a dû enlever 15 centimètres de la longueur du péroné, tout en respectant l'extrémité articulaire de cet os.

M. GIRALDÈS, vu l'état d'ostéosarcose de l'os, approuve l'opération telle qu'elle a été pratiquée par M. Demarquay. Toutes les fois qu'il s'est borné à des résections par trop limitées, il n'a eu qu'à s'en repentir.

M. Giraldès croit, comme M. Boinet, qu'il y a ici reproduction partielle de l'os, due, sans aucun doute, à la conservation d'une portion du périoste épaissi.

Il ne conteste pas un certain degré de roideur ; seulement, cela vaut infiniment mieux que l'amputation de la jambe.

Comme moyen immobilisateur après l'opération, la gouttière employée par M. Demarquay remplit parfaitement le but. Seulement, c'est un appareil qui revient cher, aussi bien que les attelles élastiques des Anglais, consistant en un tissu en molleton doublé de peau de chamois d'un côté, et recouvert de l'autre d'un vernis spécial, dont on ignore la composition.

Dans les hôpitaux, nous ne pouvons donc nous servir que de la gutta-percha ou du plâtre, qui immobilisent tout autant et coûtent moins cher.

M. TILLAUX. Si avant l'opération M. Demarquay avait su qu'il s'agissait d'une ostéite et non d'un ostéo-sarcome, aurait-il consenti à conserver la portion articulaire du péroné ? C'est là une question que je lui adresse avec le désir d'être éclairé.

Quant aux moyens d'immobilisation, les attelles plâtrées remplissent parfaitement le but et ne coûtent presque rien.

M. DEMARQUAY. Avec le diagnostic d'ostéite tuberculeuse, j'aurais agi de même.

Étant sûr d'avoir tout enlevé, os et périoste, je ne puis admettre ici une reproduction périostale de l'os. Les stalactites osseuses qu'on y sent, doivent être attribuées à la gaîne des péroniers, conservée presque intacte, et au ligament interosseux.

J'ai appliqué une fois l'évidement de l'os pour une lésion limitée de la malléole, et je n'ai pas eu à m'en applaudir. Il y eut à la suite arthrite suppurée, qui nécessita l'amputation de la jambe.

M. DUPLAY dit avoir tenté l'évidement de l'os dans le cas précé-

demment mentionné par lui, et c'est pour avoir échoué qu'il pratiqua plus tard la résection partielle du péroné.

M. PANAS, contrairement à ce qui a été dit, compte plusieurs succès par l'évidement, dont deux pour des caries profondes de la malléole interne et de la malléole péronéale.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 10 AOUT 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le *Montpellier médical.*

M. A. BLUM (de Strasbourg) adresse à la Société, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée : « *De la septicémie chirurgicale aiguë.* »

— Mémoire sur la *céphalotripsie intracrânienne, par la méthode de M. Guyon ; son exposé ; sa critique.* Thèse inaugurale, par le docteur N. Kalendero.

— M. LOUIS THOMAS (de Tours) adresse un travail avec observations à l'appui : « Sur les *Fractures transversales des os maxillaires supérieurs.* »

Le 8 juin 1869, à la nuit tombante, le nommé Hermand Victor, âgé de 47 ans, artilleur, attaché à la fonderie du Ripault (Indre-et-Loire), descendait un escalier très-rapide et très-étroit. Voulant faire place à une personne qui montait, il abandonna la rampe et, par suite de l'obscurité, mit le pied dans le vide. Il tomba d'une hauteur de trois mètres environ, sur la première marche en pierre de l'escalier. La chute eut lieu sur la face. Le blessé ne perdit pas connaissance. Le sang s'écoulait abondamment par la bouche et les

narines. Le médecin du Ripault, mandé en toute hâte, fit appliquer quelques sangsues sur la joue droite, et le 12 juin, aussitôt que les premiers accidents furent conjurés, le blessé fut transporté dans mon service à l'hôpital militaire de Tours. Il était alors dans l'état suivant : le côté droit de la face, notablement tuméfié, présentait trois plaies transversales, dont deux peu étendues et superficielles étaient situées l'une près de l'aile du nez, l'autre au niveau du rebord sous-orbitaire. La troisième, plus profonde, ayant un centimètre de large, intéressait la lèvre supérieure dans toute son épaisseur. Cette plaie, produite du dedans au dehors par la canine, indiquait le point précis de la face sur lequel avait eu lieu la chute. Les dents n'étaient nullement ébranlées et le rebord alvéolaire ne présentait aucune fracture ; mais si, saisissant entre les doigts les dents incisives, on cherchait à leur imprimer des mouvements, on reconnaissait que la totalité de la mâchoire supérieure pouvait ainsi se déplacer d'avant en arrière et latéralement dans l'étendue de plusieurs millimètres. Il n'y avait pas de mobilité anormale des os de la pommette et des os du nez. Les mouvements imprimés à la mâchoire ne se transmettaient pas à la tubérosité maxillaire. Il résultait donc de ces signes que la mâchoire supérieure était séparée en totalité du reste des os de la face par une fracture transversale intéressant les deux os maxillaires supérieurs au-dessous de la tubérosité maxillaire, au niveau de la fosse canine. On n'éveillait aucune douleur en portant le doigt indicateur sur l'aileron interne de l'apophyse ptérygoïde ; le signe sur lequel M. A. Guérin a le premier appelé l'attention ne serait donc pas aussi constant que l'a avancé ce chirurgien.

L'absence de déplacement rendait le traitement très-simple. Une bande de caoutchouc, placée sous la mâchoire inférieure et fixée sur le sommet de la tête, suffit à immobiliser la mâchoire supérieure. L'alimentation consista seulement en boissons et en bouillies. Les plaies de la face se guérirent rapidement. A la fin du mois de juin, la consolidation était avancée au point que le malade m'assurait qu'il pourrait mâcher de la viande. Je crus néanmoins plus prudent de maintenir le bandage appliqué pendant quelques jours encore. A la fin du mois de juillet, le malade quittait l'hôpital, complétement guéri de sa fracture.

La fracture qui fait le sujet de cette observation appartient à cette variété de fracture des os maxillaires supérieurs qu'on pourrait désigner sous le nom de fracture transversale double et à laquelle M. A. Guérin a consacré un intéressant mémoire

Chez mon malade, la fracture avait, sans aucun doute, le même siége que celui qui fut constaté à l'autopsie dans un cas rapporté par M. Guérin. « Les deux maxillaires, les deux apophyses ptéry-« goïdes, et la branche du palatin qui les sépare, avaient été frac-« turés suivant une ligne légèrement sinueuse qui s'étendait d'une « fente ptérigo-maxillaire à celle du côté opposé. »

Les symptômes relatés permettent d'affirmer qu'il en était de même dans plusieurs observations que j'ai rassemblées et qui ont été publiées par M. J. Cloquet (Répertoire des Sc. Médic., t. XXIII, p. 398), Wisemans (cité par Malgaigne, traité des fractures, p. 373), Prestat (Bulletin de la Soc. de Chirurgie, novembre 1854), Morel-Lavallée (Union Méd., t. XVIII, p. 27), et A. Guérin (Arch. gén. de Méd., juillet 1869).

Dans d'autres observations, la fracture avait le même siége, la même direction transversale, mais n'occupait qu'un seul os maxillaire, celui du côté opposé ayant échappé au traumatisme par suite de la disjonction, sur la ligne médiane, des deux moitiés de la mâchoire. Il en était ainsi dans les observations publiées par Simonin, de Nancy (Fracture de l'un des os maxillaires supérieurs avec disjonction de la suture médiane. Décad. chirurg, Paris 1838), par Richet (Fracture isolée et complète du maxillaire supérieur sans complication de plaie ni d'écrasement (Bullet. Soc. Chir. 18 février 1859), et enfin par Lhonneur (Disjonction des os maxillaires supérieurs, avec enfoncement du maxillaire droit, Bullet. Soc. chir. 6 juillet 1859).

Cette direction constante de la fracture trouve sa raison dans la conformation de l'os maxillaire supérieur, qui présente au-dessus du rebord alvéolaire une sorte de rétrécissement, en même temps que la cavité du sinus maxillaire en diminue notablement en ce point la résistance.

Dans toutes les observations que j'ai mentionnées, excepté deux sur lesquelles je reviendrai plus loin, la fracture reconnaissait pour cause un choc (coup ou chute) sur la face antérieure du rebord alvéolaire.

La conformation et les rapports des os maxillaires supérieurs nous fournissent l'explication du siége de ces fractures et du mécanisme suivant lequel elles se produisent. L'expérimentation vient encore confirmer cette opinion.

M. Cocteau a, en effet, démontré la possibilité de produire invariablement ces fractures sur le cadavre en portant un coup violent sur la partie de la face qui est située au-dessous du nez.

Les fractures qui n'intéressent qu'un seul maxillaire se produisent suivant le même mécanisme, seulement la violence extérieure agit sur la partie latérale et non sur le milieu du bord alvéolaire, et sous l'influence de celle-ci il se produit en même temps que la fracture une disjonction, sur la ligne médiane, des deux moitiés de la mâchoire. En l'absence de cette lésion, la fracture s'étend toujours aux deux os maxillaires; pour cette raison, les fractures transversales d'un seul maxillaire sont moins fréquentes que les fractures doubles. Ainsi nous avons réuni seulement trois observations de fractures simples contre neuf observations de fractures doubles.

Dans deux observations rapportées par M. Cloquet, la fracture transversale des deux os maxillaires supérieurs se serait, dit-il, produite suivant un mécanisme différent, et pour cette raison il la désigne sous le nom de fracture indirecte ou par contre-coup.

Je ne puis partager l'opinion de M. Cloquet, et il est, il me semble, facile de démontrer que les fractures ne reconnaissent pas un autre mode de production que celui énoncé plus haut, c'est-à-dire qu'elles sont également la conséquence d'un choc agissant dans le sens horizontal sur le bord alvéolaire de la mâchoire supérieure. Voyons d'abord ces observations :

Obs. I. Un mécanicien du théâtre de la Gaîté, pendant un changement de décoration, tomba verticalement à travers l'ouverture d'une trappe, de telle sorte qu'il fut arrêté par le menton sur le bord de l'ouverture, tandis que le couvercle, très-pesant, lui tomba perpendiculairement sur la partie supérieure du crâne. Ce malheureux fut apporté à l'hôpital Saint-Louis, avec tous les symptômes d'une violente commotion du cerveau. En examinant l'intérieur de la bouche, nous reconnûmes l'existence d'une fracture de la mâchoire syncranienne. L'arcade dentaire supérieure paraissait intacte, mais en prenant entre les doigts les dents incisives supérieures, et en leur imprimant des mouvements d'avant en arrière, on faisait mouvoir toute l'arcade alvéolaire dans l'étendue de 2 ou 3 lignes. Les apophyses verticales des os sus-maxillaires n'offraient aucune mobilité, non plus que les os de la pommette et les os du nez, ce dont on pouvait se convaincre en appuyant fortement les doigts sur les parties pendant les mouvements que l'on communiquait à toute l'arcade dentaire.

Obs. II. Un couvreur, en tombant du haut d'un toit, rencontra une solive transversale sur laquelle son menton heurta de telle sorte

que sa tête fut renversée en arrière et les maxillaires supérieurs fracturés et séparés l'un de l'autre sur la ligne médiane.

Voici, suivant M. Cloquet, comment les choses se seraient passées dans la première observation : « Il est, dit-il, facile de voir com-« ment les os sus-maxillaires placés au milieu de la tête ont pu se « briser, tandis que ceux de la région supérieure et de la région « inférieure de la tête qui ont supporté immédiatement le choc « sont demeurés intacts. La tête s'est trouvée fortement pressée « dans le sens vertical, le crâne ayant résisté puissamment à la « manière des voûtes et transmis le mouvement aux os de la mâ-« choire supérieure, et les a poussés violemment contre l'os maxil-« laire inférieur. Celui-ci, fixé et retenu immobile sur sa base, a pré-« senté beaucoup de résistance, parce que la pression s'est faite « verticalement de son bord supérieur à l'inférieur dans le sens de « la plus grande hauteur, aussi il ne s'est pas fracturé, mais a « formé une sorte de coin sur lequel les os sus-maxillaires, moins « résistants que lui à raison de leur structure et du développe-« ment de leur sinus, sont venus se briser. »

Cette explication assez compliquée se trouve réduite à sa juste valeur par la lecture de la seconde observation, dans laquelle le blessé ne reçut aucun choc sur la tête et que M. Cloquet ne fait suivre d'aucune réflexion. Il ressort bien évidemment de ce fait qu'un choc sur le menton peut, à lui seul, produire une fracture transversale de la mâchoire supérieure, et que le choc sur le sommet de la tête, qui dans la première observation a accompagné la chute sur le menton, n'était nullement nécessaire pour la production de cette fracture. Il me semble plus juste d'admettre que dans ces deux observations, le menton se trouvant brusquement arrêté dans la chute, le choc qui en est résulté, agissant en sens inverse de la pesanteur, s'est transmis par l'intermédiaire de la mâchoire inférieure et des dents qu'elle supporte au bord alvéolaire de la mâchoire supérieure, en arrière duquel elles sont situées. De telle sorte que la violence a agi sur la mâchoire supérieure d'arrière en avant, suivant la direction de la moindre résistance de la part des os maxillaires supérieurs.

D'où l'on peut conclure que les fractures transversales des os maxillaires supérieurs sont toujours la conséquence d'une violence inférieure ayant agi dans le sens horizontal sur le rebord alvéolaire de la mâchoire.

M. GUYON communique de la part de M. Letenneur (de Nantes) une observation intitulée :

Coup de couteau dans la région axillaire gauche; section probablement complète des troncs vasculaires et du plexus brachial; phlébartérie, paralysie de la sensibilité et de la motilité. Emploi de l'électricité (courants intermittents), retour de la sensibilité, retour incomplet des mouvements. — Le nommé L..., manœuvre, âgé de 30 ans, reçut dans la soirée du 7 janvier 1869, à Saint-André-des-Eaux (Loire-Inférieure), plusieurs blessures, à la suite desquelles il perdit connaissance.

Quelques heures après l'accident, arrivait le docteur du Bouays, de Guérande, qui m'a donné les renseignements suivants:

A l'arrivée du médecin, L... était encore dans une demi-ivresse et ne se rendait pas bien compte de ce qui lui était arrivé. Cependant il était évident qu'il s'agissait d'une rixe au sortir du cabaret.

Le blessé avait perdu beaucoup de sang; il portait à la partie postérieure du bras gauche, à la région deltoïdienne, une plaie oblique de 4 centimètres de longueur; cette plaie profonde était béante, mais ne donnait plus de sang.

Le bras était rapproché du tronc. Lorsque le docteur du Bouays, pour se rendre compte de l'état de la blessure, releva le bras en le mettant à angle droit avec l'axe du corps, le sang sortit à flots. L'hémorrhagie s'arrêta par le retour du membre à sa position première. Le défaut de parallélisme des différentes couches traversées par l'instrument vulnérant lorsque le bras est abaissé, fait supposer que le bras était levé au moment où le coup a été porté.

La région sous-claviculaire présentait une tuméfaction considérable, le muscle grand pectoral était soulevé de façon à former une véritable tumeur, allant du mamelon à la clavicule et ayant, par comparaison avec le côté opposé, une épaisseur approximative de 5 à 6 centimètres.

Il n'existait aucune ecchymose à la peau, qui était fortement tendue. L'oreille appliquée sur cette région y percevait des battements et était soulevée à chaque distension de la tumeur.

Le pouls radial du côté de la blessure était nul.

Le pansement consista en compresses d'eau froide et en un bandage compressif sur l'épaule et la région sous-claviculaire. Le bras fut maintenu appliqué au tronc,

En même temps que cette blessure, L... avait reçu un coup de couteau dans l'œil droit; le globe avait été largement ouvert et les humeurs de l'œil s'étaient écoulées au dehors. Des compresses d'eau froide furent appliquées sur cette seconde blessure.

Trois semaines après l'accident, le gonflement sous-claviculaire avait diminué de moitié ; il existait une paralysie complète de tout le membre supérieur, tant des mouvements que de la sensibilité.

Le malade fut alors dirigé sur l'hôpital de Saint-Nazaire le 6 février, et vint à l'Hôtel-Dieu de Nantes dans les premiers jours d'avril, moins de trois mois après l'accident.

Pendant son séjour à Saint-Nazaire, on vit disparaître peu à peu le gonflement sous-claviculaire, ainsi que l'ecchymose tardive qui avait envahi tout le bras et tout le côté gauche de la poitrine.

La blessure de l'œil droit s'était promptement cicatrisée, et il restait un moignon assez régulier, mobile, indolent, et sans injection vasculaire. C'est après la guérison de cet œil, un mois après l'accident, que l'œil gauche, qui jusque-là avait été parfaitement sain, commença à s'enflammer, devint douloureux, et bientôt, malgré tout ce qu'on put faire, la pupille se rétrécit et la vue s'éteignit presque complétement.

C'est pour cette dernière affection que L... vint à l'Hôtel-Dieu de Nantes, et ce n'est que secondairement et presque par hasard que notre attention fut portée vers la lésion de l'aisselle.

L'œil droit est atrophié et caché par la paupière supérieure, qui est abaissée. L'œil gauche est le siége d'une irido-choroïdite très-intense ; l'injection radiée péricornéennne est très-prononcée ; la conjonctive est elle-même enflammée dans toute son étendue ; l'iris est terne ; il y a une atrésie complète de la pupille.

Le malade se plaint de douleurs profondes dans l'œil et de douleurs circumorbitaires, douleurs qui s'irradient suivant le trajet des nerfs frontaux jusque vers l'occipital.

Le collyre au sulfate d'atropine est sans effet sur la pupille et n'atténue point les douleurs.

J'essaye successivement une application de sangsues, des vésicatoires ammoniacaux autour de l'orbite, un vésicatoire à la nuque, des pilules de sulfate de quinine, etc., etc., et enfin des injections hypodermiques avec une solution de chlorhydrate de morphine. Ce dernier moyen seul a produit un bon résultat ; il calmait immédiatement la douleur, et peu d'instants après, la rougeur de l'œil diminuait sensiblement.

Chaque jour on combattait la douleur ou on en prévenait le retour par le même moyen.

Néanmoins, malgré la diminution de l'inflammation, le globe de l'œil diminuait de volume et semblait sur le point de s'atrophier. Il n'y avait donc plus d'espoir de songer à pratiquer une pupille

artificielle. Cette inflammation secondaire de l'œil gauche survenant alors que l'œil droit, complétement atrophié, n'était plus le siége d'aucun travail pathologique, est un fait qui me paraît difficile à expliquer.

Mais revenons à l'affection de l'aisselle :

Le malade ne m'en avait rien dit, et c'est en posant par hasard la main sur l'épaule que je sentis un frémissement vibratoire et que je songeai immédiatement à une phlébartérie. Après avoir constaté la nature réelle de cette affection et avoir questionné le malade, je me procurai sur les phénomènes du début les renseignements qui précèdent et que le docteur du Bouays a bien voulu me donner.

État actuel : Le thrill a son maximum d'intensité au milieu de la paroi antérieure de l'aisselle; on le sent très-fort jusque sous la clavicule : au-dessus et au-dessous de cet os on le sent qui va s'affaiblissant très-promptement. Du côte de l'aisselle il cesse brusquement en dehors du point où il a le plus d'intensité, et il n'y en a pas la moindre trace au bras.

La région malade n'est pas sensiblement plus saillante que la région correspondante du côté droit. En pressant, soit à travers du grand pectoral, soit dans le fond du creux axillaire, on ne trouve ni tumeur ni induration ; les tissus sont souples comme de l'autre côté.

En auscultant avec l'oreille ou avec le stéthoscope, on entend un souffle continu, saccadé, très-fort et très-caractéristique ; son maximum est au milieu de la paroi antérieure de l'aisselle ; on le suit au cou ainsi que dans le trajet de la veine sous-clavière, à la partie supérieure de la poitrine et jusqu'au milieu du sternum. Là, le souffle continu-saccadé s'arrête tout à coup, ou plutôt diminue tellement qu'il faut la plus grande attention pour en retrouver des traces. Après avoir suivi le courant veineux jusque dans l'oreillette droite, il est probable qu'il est détruit par la colonne qui vient en sens inverse par la veine cave inférieure.

Il n'y a pas de trouble dans les bruits du cœur, qui sont bien distincts; cependant je dois noter un peu de souffle au premier temps, ce qui n'a rien d'étonnant avec l'état anémique du malade.

Du creux de l'aisselle, le souffle continu-saccadé se prolonge en bas par retentissement, dans les parois de la poitrine, mais très-affaibli.

Le pouls veineux est très-appréciable dans la veine jugulaire

externe gauche. Du côté de la jugulaire interne on ne perçoit, avec le doigt ou l'oreille, rien de bien caractéristique.

Au bras, il y a absence absolue de pulsations artérielles dans tout le trajet de l'humérale; on sent cependant des battements extrêmement faibles dans la radiale.

Tout le membre paraît légèrement œdématié : il est dans une complète inertie; l'avant-bras, légèrement fléchi, est soutenu avec la main droite lorsque le malade est levé.

Lorsque le malade a l'intention de faire des mouvements, il se produit dans le pouce, mais sans qu'il en ait conscience, un commencement de flexion, mais très-peu apparent. Il n'y a pas d'autre trace de contraction musculaire. Les doigts sont étendus, rigides, et si on cherche à leur imprimer quelques mouvements, de même que lorsqu'on soulève le membre en totalité, on provoque de la douleur.

La sensibilité cutanée, qui avait été anéantie complétement, est revenue sur une assez grande surface, quoique bien moins forte que du côté sain.

On la retrouve au bras, à la face palmaire, au bord externe de l'avant-bras et au niveau du pouce.

Mais il n'y en a pas de traces à la région dorsale et au bord cubital de l'avant-bras.

Le malade éprouve dans tout le membre des engourdissements et des fourmillements; il se plaint de ressentir dans le cou et jusqu'à la tête quelque chose qu'il ne peut définir et qu'il traduit en disant qu'il sent le sang monter le long du cou et jusque dans le cerveau.

La température, examinée avec le thermomètre, donne les résultats suivants :

Dans la main du côté malade, 36° 1/2;

Dans la main du côté sain, 33°.

Dans les deux aisselles, la température est sensiblement la même.

La différence de température entre les deux mains n'est pas appréciable au toucher.

Le dos de la main et de l'avant-bras présente des poils longs et nombreux, tandis que les poils sont rares et courts du côté opposé.

La santé générale est mauvaise ; il y a de la pâleur, de l'amaigrissement et un état de langueur que la cécité rend encore plus attristant.

Cependant le malade ne se préoccupe que de son œil; il réclame toujours une opération pour recouvrer la vue et ne supporte que par complaisance l'attention que nous portons à l'affection de l'aisselle et à l'état du bras.

Pendant que j'ai recours aux injections sous-cutanées pour calmer les douleurs névralgiques de la tête et à différents topiques pour détruire l'inflammation de l'œil, je cherche à combattre la paralysie du membre supérieur.

Le retour spontané de la sensibilité sur une grande partie de la peau du bras et de l'avant-bras, et les petits mouvements du pouce que j'ai indiqués plus haut, me faisaient espérer que nous pourrions obtenir davantage.

Le 15 juin nous commençons, avec un appareil de Gaiffe, l'application de l'électricité à courants intermittents.

Pendant la première séance, les muscles paraissent complétement inertes; mais dès la sixième séance, les mouvements du bras, les mouvements de l'avant-bras sur le bras, la flexion du pouce et de l'index deviennent très-appréciables.

En même temps la sensibilité gagnait en surface, et il ne resta plus, pendant quelques jours, d'insensibilité que dans un espace limité à tout le bord cubital, dans une largeur de 2 à 3 centimètres.

Le 1er juillet il ne reste plus sur aucun point d'anesthésie cutanée. Alors aussi, c'est-à-dire après quinze séances, tous les muscles se contractent sous l'excitation électrique, mais les extenseurs restent encore relativement rebelles. C'est ainsi qu'on ne peut faire soulever la main, qui reste toujours fléchie comme dans la paralysie saturnine.

En dehors de l'action de l'électricité, tous les muscles fléchisseurs obéissent à la volonté, quoique faiblement, et l'opposition du pouce et de l'index ne peut pas encore avoir lieu.

Pendant le mois de juillet nous obtenons encore un peu d'amélioration, et nous étions pleins de confiance dans l'avenir lorsque le malade, désespéré de nous voir remettre indéfiniment une opération qui pût lui rendre la vue, quitta brusquement l'hôpital sans nous faire ses adieux.

La Société de Chirurgie n'a point oublié la communication que j'eus l'honneur de lui faire le 6 septembre 1865, à l'occasion d'un coup de feu reçu à la région sus-claviculaire droite par le fils d'un de mes honorables confrères de Nantes.

Il s'agissait d'une blessure ayant ouvert à la fois l'artère sous-clavière et la veine jugulaire interne.

La balle, lancée par un petit pistolet de tir (balle Flauber), est restée vraisemblablement fixée dans le corps de la sixième vertèbre cervicale.

Les discussions intéressantes qui eurent lieu à ce sujet démontrèrent les avantages de l'abstention tant qu'une hémorrhagie ne viendrait pas mettre en danger la vie du blessé.

En cas d'hémorrhagie, on conseilla la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de la blessure, et en même temps la ligature de la vertébrale, opération dont on ne méconnaissait pas les immenses difficultés au milieu de tissus infiltrés de sang.

Je n'eus point à affronter ces difficultés; la guérison fut rapide. Mais la phlébartérie persiste sans tumeur. Les mouvements du cou sont libres, le bras droit est aussi fort que le bras gauche, la santé générale est parfaite. Nous n'avons donc là désormais qu'une curiosité pathologique, du moins nous aimons à le croire.

Le jeune blessé a pu faire, pendant plusieurs années, le service militaire, vers lequel ses goûts l'avaient entraîné, et il ne s'est jamais ressenti de son accident.

Les deux cas de phlébartérie que je rapproche à dessein démontrent combien M. Broca a eu raison de donner ce nom générique aux communications artério-veineuses et de les distinguer des anévrismes. L'absence de tumeur est très-remarquable chez nos deux malades, et s'il existe un certain degré de dilatation veineuse, il doit être bien peu considérable, puisqu'il n'est pas possible de le constater; et cependant une dilatation notable de la veine jugulaire interne n'échapperait pas à un examen attentif, surtout lorsque cette veine est le siége de phénomènes si faciles à apprécier par le toucher et par l'auscultation.

Chez mon second malade j'ai admis comme probable la section complète du plexus brachial et des vaisseaux axillaires. Il y a eu en effet paralysie complète de tout le membre; l'artère et la veine se sont oblitérées immédiatement au-dessous de la blessure; l'oblitération de l'artère se démontre par la disparition complète de tout battement; quant à la veine, si elle était restée perméable, le thrill et le bruit du souffle se seraient prolongés un peu dans sa direction, et il y aurait eu dilatation des veines afférentes. Dans le membre du côté malade il y a vacuité complète des artères et des veines, et on a lieu de s'étonner qu'il n'y ait pas eu même menace de gangrène.

Après deux mois le sang paraît revenir dans la radiale, mais en bien petite quantité encore. Ce retour du sang a coïncidé avec le réveil des fonctions des nerfs; nous nous trouvions donc dans des conditions très-favorables pour combattre la paralysie, et nous avons eu lieu de nous féliciter du résultat obtenu en si peu de temps.

Nous ne doutons pas que, si le malade était resté quelques semaines encore entre nos mains, nous serions arrivés à une guérison à peu près complète. Les recherches entreprises aujourd'hui sur le rétablissement des fonctions des nerfs après leur section ou leur excision donnent un intérêt tout particulier au fait qui précède.

COMMUNICATIONS

M. PANAS. **Efficacité du chloral contre le délire alcoolique qu'on observe dans le cours des affections chirurgicales.** — L'inefficacité de la médication classique par l'opium et la tisane vineuse dans maintes circonstances, et l'efficacité bien reconnue du chloral là où l'opium avait échoué, m'avaient engagé à opposer le nouvel agent hypnotique aux diverses formes de délire venant compliquer soit le traumatisme, soit d'autres affections chirurgicales graves, telles que phlegmons diffus, arthrites suppurées, etc.

De l'ensemble des faits que j'ai recueillis depuis bientôt deux ans dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, il est résulté pour moi :

1° Que le chloral est un agent précieux lorsqu'il s'agit de combattre le délire traumatique aigu, surtout chez les alcooliques ;

2° Que le subdélirium qui accompagne les diverses formes de septicémie chirurgicale n'est, par contre, influencé en rien par cet agent, et l'opium m'a paru lui être préféré.

Ne voulant pas abuser des instants de la Société, je me bornerai à relater deux observations seulement à l'appui des propositions qui précèdent.

OBSERVATION I. — *Délire alcoolique compliquant un phlegmon diffus de tout l'avant-bras; — administration de seize grammes de chloral en tout; — disparition du délire; — guérison.*

M... (Victor), 31 ans, brasseur de profession, entre salle Sainte-Marthe le 14 juillet 1870.

Cet homme présente un phlegmon diffus de l'avant-bras et du coude ayant débuté trois jours environ avant son entrée à l'hôpital. Il a de l'insomnie depuis deux jours et un peu d'agitation.

Dans la nuit du 14 au 15, l'agitation est un peu plus vive. Le malade se relève deux ou trois fois. (Hallucinations.)

Le 15 et dans la nuit du 15 au 16, l'agitation et le délire sont en-

core plus prononcés. On est obligé de mettre au malade la camisole de force.

Le 16 au matin, même état.

M. Panas prescrit une potion avec huit grammes de chloral. Le malade en prend la moitié vers midi, et le reste vers 10 heures du soir. L'agitation et les hallucinations avaient persisté dans l'intervalle qui sépara l'administration des deux parties de la potion. A partir de 10 heures du soir, le malade fut *très-calme* et resta dans une somnolence profonde pendant 24 heures, jusqu'au lendemain soir.

Le 17 au soir, on lui rendit quatre grammes de chloral. Il y eut du subdélirium pendant la nuit.

Le 18, la somnolence persiste, moins complète que la veille au matin, et le malade n'ayant pas de délire, on suspend la potion. (Il avait pris en tout douze grammes de chloral).

Dans la nuit du 18 au 19 et toute la journée du 19, le malade est de nouveau très-agité. Délire bruyant.

Le 20 au matin, on rend la potion avec quatre grammes de chloral. Deux incisions faites sur l'avant-bras donnent issue à une assez grande quantité de pus infiltré. La potion fut administrée vers midi. Le calme revint sur le soir. Le malade resta dans la somnolence jusqu'au lendemain matin, 21 juillet.

A partir de ce moment, il n'y eut plus aucun accident alcoolique.

2 août. Le malade sort complétement guéri.

Cet homme boit en moyenne, depuis 15 ans, trois à quatre litres de vin par jour et quatre litres de bière environ. Il n'avait jamais eu d'attaque de *delirium tremens*. Il a un tremblement des mains depuis trois ans et des pituites le matin.

Remarque. — La cessation immédiate du délire en voie de progrès dès la première administration, sa disparition encore plus rapide et définitive à la suite d'une nouvelle dose de chloral, mettent hors de doute l'efficacité de cette substance.

OBSERVATIONS II. — *Fracture compliquée de plaie avec luxation du coude produite par un engrenage; — résection immédiate; — immobilisation; — pansements alcooliques; — administration de sulfate de quinine et de chloral; — persistance du délire septicémique; — insuccès.*

C..., 19 ans, apprêteur d'étoffes, entre, le 9 avril 1870, salle

Sainte-Marthe. A l'examen direct des parties, on constate ce qui suit :

Disjonction complète des os de l'avant-bras gauche avec fracture de l'apophyse coronoïde, et saillie directe du cubitus en arrière.

Fracture sus-condylienne, fissure s'étendant jusqu'à la poulie humérale. La tête du radius est fracturée ; esquille externe complétement détachée. Rupture des ligaments de la tête. Décollement considérable de la peau; plaie située à la partie postérieure et inférieure du bras, communiquant avec l'articulation.

5 avril. Incision longitudinale; résection du coude; pas d'hémorrhagie, aucune lésion de nerf; attelle de caoutchouc ; pansement à l'alcool. Après l'opération, T. A. 39°, P. 124.

Le 5 avril soir. T. 39°, P. 132.

6 avril matin. P. 124, T. 39°,8. Soir. P. 132, T. 39°,8.

7 matin. P. 124, T. 39°. Nuit agitée, *subdelirium*, rêvasseries. Potion, chloral quatre grammes.

7 soir. P. 132, T. 39°8. On continue la potion au chloral.

8 matin. P. 124, T. 39°,4. Soir, P. 120, T. 39°,2. Chloral.

9. P. 112, T. 39°,2. Nuit calme. Soir. P. 116, T. 39°,4. Chloral.

10 matin. P. 116, T. 39°,2. Langue bonne; dort bien la nuit. Chloral.

10 soir. P. 120, T. 40°.

11. P. 104, T. 38°. Soir. P. 116, T. 39°,2. Chloral.

12. P. 100, T. 38°. Soir. P. 116, T. 39°,6. Chloral.

13 matin. P. 108, T. 38°,6. Décollement de la peau assez étendu à la région externe du coude, sphacèle à cet endroit; phlegmon développé à la partie inféro-externe du coude; incision; écoulement d'un pus crémeux renfermant quelques esquilles. Ce foyer ne communique pas avec celui de la résection.

13 soir. P. 120, T. 39°,8.

14. On cesse le chloral, comme n'ayant donné aucun résultat. P. 116, T. 38°,2. Soir. P. 120, T. 40°,1.

15 matin. P. 104, T. 39°,2. Soir. P. 108, T. 38°.

16 matin. P. 108, T. 38°. Soir. P. 116, T. 39°,4.

20 matin. T. 39°,2.

21 matin. T. 40°,1. Le malade a un frisson au moment où on prend sa température ; il dure un quart d'heure. P. 126. On lui donne du sulfate de quinine, 1,75.

22 matin, P. 108, T. 39°. On lui donne un gramme de quinine. Il a encore eu un petit frisson ce matin, qui a duré un quart d'heure ; mais hier, dans la journée, rien.

La plaie a bon aspect; on continue de panser avec le linge enduit de styrax et de la charpie alcoolisée.

22 soir. T. 41°,1. Il a eu un frisson dans la journée, qui a duré 10 minutes. Sueurs peu abondantes.

23 matin. P. 132, T. 40°,7. Pas de nouveau frisson.

Plaie moins belle, un peu blafarde. Sulfate de quinine, 1 gramme 50 cent.

24. Plus de frisson. On continue le sulfate de quinine, 1 gramme 50 cent.

24 soir. T. 41°,2.

26. P. 125. La plaie a un mauvais aspect; elle est pâle et suppure beaucoup moins. — Le matin, T. 40°,2. Soir. 40°,1. Vomissements dans la journée; pas de frisson.

27 matin. P. 104.

28. Plaie toujours sèche, pâle, couverte d'un couche grisâtre qui masque les bourgeons charnus, à bords violacés. — Le malade est très-abattu et ne paraît pas souffrir ni s'inquiéter. On continue la quinine. Le délire persiste toujours.

Exeat sur la demande des parents.

Remarque. — Le chloral a été impuissant, ne fût-ce que pour modérer le délire septicémique, qui a persisté au même degré après la cessation de la potion au chloral, dont il avait pris *trente-deux grammes* en *huit jours*.

M. VERNEUIL confirme l'utilité du chloral contre le *delirium tremens*. — Pour lui, le chloral agit non-seulement comme hypnotique, mais aussi comme modérateur des actions réflexes, et c'est ainsi que, tout dernièrement encore, il fit cesser un hoquet opiniâtre, chez un individu opéré de hernie étranglée, en administrant un gramme cinquante de chloral en potion, pendant trois jours de suite. Dans ce cas, des sinapismes, des vésicatoires et l'opium avaient complétement échoué.

Le chloral lui a pareillement réussi dans le traitement de certaines névralgies réflexes.

Un individu opéré six à huit fois pour une tumeur fibro-plastique à récidives de la paroi antérieure du thorax, éprouvait, après chaque opération, des douleurs intolérables s'irradiant au cou et à l'avant-bras et jusqu'à l'hypogastre. Le sulfate de quinine n'avait réussi qu'une première fois. L'opium était resté sans effet, tandis que le chloral, administré avant l'opération, permit de pratiquer celle-ci

avec moins de douleur et supprima en même temps les souffrances consécutives.

M. MARJOLIN est d'avis que le traitement de Dupuytren par l'opium et la tisane vineuse donne de très-bons résultats, et il est bon d'y avoir recours, surtout dans les campagnes, où l'on manque habituellement de chloral.

M. Marjolin croit même que dans le délire traumatique, l'opium à doses fractionnées est préférable au chloral. Il termine en recommandant de nouveau les lavements de chloral chez les petits enfants atteints de brûlures.

M. GIRALDÈS dit avoir obtenu de bons résultats en administrant le chloral contre les douleurs du cancer et aussi pour les coliques hépatiques. Comme M. Marjolin, il a eu à se louer de l'administration du chloral par le rectum, aussi bien chez les enfants que chez les adultes. La dose chez ces derniers est de 4 grammes pour un lavement, qu'on pourra répéter jusqu'à cessation de la douleur.

A ce propos, M. Giraldès cite deux cas observés en Angleterre, et relatifs à des accidents graves survenus par suite de l'administration du chloral. M. Giraldès pense qu'il s'agit là de cas tout à fait exceptionnels, et, pour son compte, il n'a jamais rien eu à craindre, bien qu'il n'ait pas manqué d'administrer des doses relativement fortes de chloral. Une fois, la mère de son service administra par mégarde à un enfant âgé de dix ans, un lavement contenant 3 grammes de chloral. Il y eut sommeil profond et prolongé, accompagné d'une anesthésie totale de la peau et même des cornées; mais l'enfant se réveilla et se rétablit promptement.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. TRÉLAT présente une malade atteinte de *nécrose-phosphorée* de la mâchoire inférieure, opérée et guérie, et dont l'observation sera communiquée ultérieurement.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les numéros à partir du 10 août de la *Gazette des Hôpitaux*, de l'*Union médicale* et de la *Gazette hebdomadaire*.

— Les *Archives de médecine*, numéro de septembre.

— Le *Bulletin de thérapeutique*, août et septembre.

— Le *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique* et le *fascicule des mémoires* de la même académie.

— Le *Marseille médical*, numéro d'août.

— Le *Sud médical*, numéro d'août.

— Le *Journal de médecine de l'Ouest*, numéro d'avril.

— Le *Journal de médecine et de chirurgie* du docteur Lucas-Championnière, numéros d'août et septembre.

— Le *Bulletin médical du nord de la France*.

— L'*Art dentaire*.

Chloral. — M. BOINET dit avoir traité par le chloral trois tétaniques, dont deux avec succès. Il s'agissait de blessures par armes à feu, et les malades placés dans l'ambulance du Palais de l'Industrie ont dû subir l'influence du froid qui régnait dans les salles. Le chloral fut administré à la dose de *deux* grammes toutes les six heures, autrement dit, de *huit* grammes dans les 24 heures.

M. PANAS demande à M. Boinet de vouloir bien indiquer la forme de tétanos à laquelle il a eu affaire ; à quoi M. Boinet répond que le tétanos ayant duré de douze à quinze jours, c'est à la forme chronique de cette affection qu'il faut rapporter les cas cités par lui.

M. GIRALDÈS faisant une distinction entre la forme pharyngienne, de beaucoup la plus grave, et les autres formes de tétanos, désire apprendre de M. Boinet si ses malades avaient été pris de spasme pharyngien pouvant rendre la déglutition impossible. Dans ces cas, le danger est très-grand, et le chloral ne peut plus être administré que par le rectum. Pour son compte, il a eu l'occasion de voir cette

forme deux fois : la première, au Val-de-Grâce, chez un jeune soldat bavarois atteint d'un coup de feu à la cuisse ; la seconde fois à l'hôpital des Enfants, chez un petit malade offrant une blessure à la main.

Bien que le chloral fût administré par le rectum, les deux malades ne succombèrent pas moins, et cela dès le troisième jour de l'apparition du tétanos.

Chez un autre militaire, qui tout d'abord ne présenta pas de spasme pharyngien, le tétanos dura treize jours, et ce ne fut qu'après l'apparition de ce symptôme que le malade succomba rapidement dans l'espace de 24 heures.

M. BOINET fait observer qu'aucun de ses trois tétaniques n'a eu de spasme pharyngien au point de rendre la déglutition impossible. Du reste, M. Boinet conseille de surveiller l'administration du chloral, attendu qu'outre une certaine gêne dans la déglutition, beaucoup de malades répugnent à prendre le chloral.

M. GUÉRIN, sans vouloir entrer dans le détail des observations qui lui sont personnelles, dit avoir eu à traiter par le chloral trois tétaniques militaires à l'hôpital Saint-Martin. Tous trois moururent malgré l'administration de doses élevées de chloral (*huit* à *dix* grammes par jour), de sorte qu'il est porté à croire à l'absolue inefficacité de la médication en question.

M. GIRALDÈS désire, jusqu'à nouvel ordre, qu'on ne tienne pas un compte absolu des résultats obtenus dans les hôpitaux militaires, attendu que le chloral dont on y fait usage, préparé peut-être par le procédé de M. Roussin, pourrait ne pas être d'une grande pureté; ce n'est même qu'ainsi qu'il peut se rendre compte de la diversité des résultats obtenus par lui à l'hôpital des Enfants-Malades et au Val-de-Grâce.

M. BOINET attribue en partie les deux succès qu'il a eus à la sudation abondante qu'il a cherché à provoquer chez ses malades à l'aide de boissons chaudes.

M. DOLBEAU demande la parole pour remercier avec effusion ses collègues, qui ont bien voulu, pendant sa maladie, lui donner de nombreux témoignages d'intérêt.

M. LE PRÉSIDENT exprime, au nom de la Société, le plaisir de voir M. Dolbeau assister à la séance d'ouverture.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1870

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* du docteur Lucas-Championnière.

L'*Union médicale*.

M. DEMARQUAY dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur H. Bernard, intitulée : *Secours à donner aux blessés sur les champs de bataille.*

COMMUNICATIONS ORALES

M. DEMARQUAY dit avoir extirpé, dans ces derniers temps, une tumeur fongueuse de la partie interne du mollet, constituée par le muscle soléaire lui-même, transformé en un véritable tissu caverneux.

Le *neuvième* jour de l'opération, le malade fut pris de tétanos qui dura quatre jours et amena la mort, malgré l'administration de chloral à haute dose.

M. MARJOLIN eut également affaire à un tétanos survenu chez un individu atteint de fracture comminutive de la jambe par coup de feu. Le chloral fut administré simultanément par la bouche et en lavement; mais le malade ne tarda pas à succomber, 48 heures après le début du tétanos.

PRÉSENTATION DE MALADE

Tumeur congénitale de la région fronto-sourcilière. — M. GUÉNIOT. Il s'agit du jeune enfant qui fut présenté à la Société dans la séance du 22 juin dernier. M. Guéniot fit l'ablation de la tumeur qui n'adhérait point à l'os, et qui était constituée par tous

les éléments hypertrophiés de la peau, avec prédominance toutefois du tissu cellulo-graisseux.

Pour éviter l'ectropion consécutif, il conserva le cinquième inférieur de la masse en rapport avec la paupière supérieure. Aujourd'hui, il est facile de constater que c'est à peine si la paupière est attirée au dehors. L'œil reste désormais à découvert, et la difformité n'est plus comparable à ce qu'elle était avant l'opération. M. Guéniot ajoute que la cicatrisation s'est effectuée régulièrement et sans retentissement du côté de l'œil correspondant, malgré l'ophthalmie qui règne en tout temps dans les salles de l'hôpital des Enfants assistés.

M. DEMARQUAY félicite M. Guéniot de son succès, et dit avoir pu enlever une tumeur érectile multiple de l'index chez une dame d'un certain âge, sans avoir été obligé de toucher à l'os, ni même à la gaîne des tendons.

M. GIRALDÈS rappelle que les tumeurs érectiles enkystées ont été l'objet d'un travail spécial de la part de M. Teal, qui en a même fait connaître un procédé particulier d'opération.

Ophthalmie des nouveau-nés. — M. MARJOLIN, profitant de ce que vient de dire M. Guéniot au sujet de l'*ophthalmie* qui règne endémiquement à l'hôpital des Enfants assistés, désire savoir si l'on a créé des salles spéciales pour ce genre de malades.

M. GUÉNIOT répond par la négative, ce qui d'ailleurs ne lui paraît pas aussi important qu'à M. Marjolin, attendu que pour lui la vraie cause de cette ophthalmie n'est pas dans la contagion indirecte ou à distance, mais bien dans la réunion de plusieurs causes banales, telles que pleurs, lumière trop vive, et d'autant plus nuisible que les murs et les rideaux des salles sont en blanc; courants d'air, etc. Du reste, pour M. Guéniot, cette question a perdu une partie de son importance depuis que, par des cautérisations répétées chaque jour sur la face interne des paupières, à l'aide du crayon de nitrate d'argent mitigé (nitrate d'argent et nitrate de potasse à parties égales), il se fait fort de guérir 90 enfants sur 100, alors même que la cornée serait légèrement intéressée. Des lavages à l'eau tiède pure non salée sont pratiqués chaque fois.

Il est bien entendu qu'il met de côté les yeux affectés d'ophthalmie interne, cas qui sont heureusement les plus rares, attendu que dans l'immense majorité des cas il s'agit simplement de blépharo-conjonctivite purulente, sans même que la conjonctive bulbaire y participe notablement. Si toutefois il y a chémosis péricornéal,

M. Guéniot pratique l'excision par places du bourrelet œdémateux.

M. Guéniot ne comprend pas non plus dans cette catégorie les quelques cas, d'ailleurs rares, de conjonctivite diphthéritique, ni ceux où la cornée est déjà perforée, et il tient à n'y pas confondre les enfants âgés de plus de 4 à 5 ans et de moins de 12, qui, à cause de leur indocilité excessive, rendent le traitement fort difficile.

M. MARJOLIN continue à croire fermement à l'origine contagieuse de l'ophthalmie, et regrette que des mesures n'aient pas été prises pour isoler ceux des enfants qui en sont atteints.

M. BLOT ne croit pas non plus aux causes alléguées par M. Guéniot, et pour lui l'agglomération dans des conditions hygiéniques mauvaises, comme celles qui existent souvent dans les salles de femmes en couche, contribue puissamment au développement de l'ophthalmie des nouveau-nés. D'ailleurs, M. Blot a peine à croire à la proportion des guérisons indiquées par M. Guéniot, alors que, de l'avis de tout le monde, le pronostic de ce genre d'ophthalmie est entaché d'une gravité bien autrement grande que ne le prétend M. Guéniot.

M. GIRAUD-TEULON, ne voulant pas revenir sur les objections qu'il croit parfaitement fondées, opposées par MM. Marjolin et Blot à M. Guéniot, se borne à rappeler que, d'après un travail statistique inséré dans les *Annales d'oculistique*, et qui est dû à un confrère de Stockholm, les ophthalmies seraient plus fréquentes chez les enfants soignés par des femmes atteintes de leucorrhée que lorsque celles-ci en sont exemptes. C'est là, certes, un point qui mérite d'être étudié par MM. les accoucheurs.

M. GIRALDÈS, se fondant sur sa pratique et sur celle de ses confrères, croit devoir protester au sujet du nombre de guérisons annoncées par M. Guéniot.

Il existe en effet une forme aiguë d'ophthalmie avec chémosis considérable contre laquelle la chirurgie reste bien souvent impuissante, et c'est à peine si l'on doit s'attendre, en pareils cas, à *dix* succès sur *cent*.

Pour M. Giraldès, c'est aux granulations préexistantes qu'il faut attribuer cette fatale disposition des enfants à être pris d'ophthalmie purulente sitôt que les conditions hygiéniques deviennent mauvaises.

Les causes signalées tout à l'heure par M. Guéniot y jouent le moindre rôle, et c'est à l'encombrement et à la malpropreté qu'il faut, au contraire, faire la plus large part.

M. DEMARQUAY fait observer à son tour que les conditions invoquées par M. Guéniot existent au même degré dans les pensionnats sans que l'ophthalmie s'y développe d'une façon endémique.

M. BLOT, en réponse à l'appel fait par M. Giraud-Teulon au sujet de l'influence que la leucorrhée des nourrices peut exercer sur le développement de l'ophthalmie des nouveau-nés, se demande comment le confrère en question a pu s'en assurer et dresser une statistique.

Sauf un petit nombre de femmes qui offrent encore de la vaginite granuleuse après l'accouchement, chez la plupart d'entre elles la leucorrhée des derniers mois de la grossesse disparaît plus ou moins complétement. Du reste, il dit avoir observé l'ophthalmie alors même que la mère avait été complétement exempte de la leucorrhée pendant tout le cours de la grossesse.

M. GIRAUD-TEULON se réserve de répondre à l'objection posée par M. Blot après avoir relu le travail cité, attendu que les détails en question lui échappent en ce moment. Quant au traitement dont M. Guéniot nous a retracé les avantages, la proportion de guérisons mise à part, il est exactement celui préconisé par de Graef et son école, et à ce sujet, la communication de M. Guéniot ne manque pas d'une réelle importance.

M. MARJOLIN, tout en reconnaissant la moindre gravité relative de l'ophthalmie chez les enfants nouveau-nés, n'admet pas moins la contagion, et puisque, de l'aveu même de M. Guéniot, l'hospice des Enfants assistés est une fabrique d'ophthalmies, il faut bien s'attacher à en diminuer les produits.

C'est pourquoi il faut que les enfants y soient rigoureusement examinés à leur entrée pour savoir s'ils ont des granulations, auquel cas la séparation devra en être faite et l'encombrement évité de toutes façons.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend le numéro du 19 novembre de l'*Union médicale.*

DISCUSSION

Ophthalmie des nouveau-nés. — (Suite.) M. MARJOLIN insiste de nouveau sur l'origine contagieuse de l'ophthalmie, qu'on ne saurait méconnaître, dit-il, alors qu'on voit journellement des enfants absolument sains puiser à l'hôpital le germe de cette maladie, qu'ils vont ensuite répandre dans leurs familles, jusque-là exemptes de toute affection de ce genre.

M. Gosselin, dans son travail inséré aux archives, signale une famille dont tous les membres furent atteints d'ophthalmie de cette façon. Pour ce qui est de l'encombrement, M. Marjolin a vu l'ophthalmie éclater dans les asiles, sitôt que le nombre des élèves dépassait un certain chiffre, et chose digne à noter, c'est dans les divisions où les enfants se mêlent entre eux pour jouer que le mal semble plus particulièrement se propager.

M. GUÉNIOT n'a pas voulu nier la contagion directe et l'encombrement. Seulement, comme il est fort difficile dans un hospice de neutraliser l'influence de ces causes, il a cru devoir insister sur l'amélioration de l'hygiène de la vue, ne fût-ce que pour atténuer l'influence des conditions fâcheuses précédemment mentionnées. — Revenant sur le traitement, M. Guéniot confirme ce qu'il en a dit dans la précédente séance.

M. BLOT voit avec plaisir que M. Guéniot accorde à l'encombrement et à la contagion le principal rôle. Le nombre de guérisons obtenues par M. Guéniot s'explique probablement par la légèreté des cas qu'il eut à traiter, et surtout par le soin qu'il prit d'appliquer lui-même le caustique au lieu de le laisser aux gens de service, ainsi que cela se fait pour les collyres. Pour son compte,

M. Blot a tiré le meilleur parti de l'emploi de ces derniers, dont l'application est infiniment plus commode que celle du crayon. Il est même des cas où le gonflement des paupières est tel qu'il devient impossible et même dangereux de renverser ses voiles membraneux. Le reproche d'agir trop fortement sur la cornée, adressé au collyre, se retrouve d'une façon bien autrement grave pour le caustique solide, attendu que celui-ci peut fuser et se répandre sur la cornée.

M. DEPAUL, se fondant sur son expérience et sur celle de M. P. Dubois, admet sans restriction l'influence du milieu dans la production de l'ophthalmie, sans qu'on puisse provisoirement dire en quoi consiste le principe morbifique. C'est ainsi que d'un instant à l'autre on voit éclater tout à coup des épidémies d'ophthalmie dans les salles, sans qu'aucune condition semble matériellement changée.

Une fois l'ophthalmie développée, il n'y a rien de plus contagieux, et si l'on ne prend pas les précautions voulues, on lui voit faire des ravages.

Une solution de nitrate d'argent, composée de 30 grammes d'eau et de vingt-cinq centigrammes de nitrate d'argent, réussit dans la grande majorité des cas, en y joignant les soins de propreté voulus.

Cinq ou six jours de traitement suffisent, et l'on parvient à guérir ainsi, dans la proportion de *quatre-vingt-dix* pour cent. M. Depaul n'est pas partisan des douches, comme les pratiquait M. Chassaignac, attendu qu'elles exposent les enfants à contracter des bronchites.

Eu égard à l'influence que la leucorrhée de la mère peut exercer sur la production de l'ophthalmie, M. Depaul la croit nulle, attendu qu'il est démontré que même la blennorrhagie ne semble pas agir sur les yeux du nouveau-né, protégés qu'ils sont, au moment du travail, par la forte occlusion de ceux-ci et l'abondante couche de matière sébacée qui les recouvre.

M. GIRALDÈS croit, comme M. Blot, que les succès de M. Guéniot reposent, en partie, sur la légèreté des cas qu'il eut à traiter. Pour son compte, pendant les quatre années qu'il a passées à l'hospice des Enfants assistés, il a rencontré très-souvent à l'autopsie des yeux atteints d'ophthalmie, une choroïdite intense caractérisée par une injection excessive des *vasa vorticosa*. Par contre, la complication diphthéritique y est très rare, contrairement au dire de M. Chassaignac, et contrairement aussi à ce qui a lieu chez des enfants plus âgés, comme ceux qu'on reçoit à l'hôpital de la rue de Sèvres.

M. GIRAUD-TEULON fait observer que le travail du confrère du

Nord est relatif à l'influence de la leucorrhée des femmes de service, pouvant agir par le linge, les éponges et autres contacts, et non à la leucorrhée de la mère. Du reste, c'est là un point qu'il laisse aux méditations des gynécologistes, et qu'il n'a fait que mentionner en passant.

Après s'être servi des douches oculaires, il a cru devoir les abandonner comme n'offrant aucun avantage sur le traitement classique par les lavages et les collyres, tandis qu'elles exposent à une réaction parfois vive du globe oculaire.

M. Giraud-Teulon hésite à admettre que dans la forme vraiment purulente, la proportion des guérisons puisse être celle indiquée par M. Guéniot. Le renversement des paupières, tel qu'il doit être pratiqué dans l'application du crayon, expose en outre à des accidents graves, et même à l'issue du cristallin, si par malheur la cornée était ramollie.

M. BLOT, aux inconvénients déjà signalés des douches, ajoute le danger qu'il y aurait pour l'opérateur de voir le liquide purulent jaillir dans son propre œil, et c'est précisément de cette façon qu'un interne de l'hôpital des Enfants assistés perdit l'œil.

Des lavages simples et quelques gouttes de collyre au nitrate d'argent, qu'on laisse tomber vers le grand angle de l'œil, suffisent dans la grande majorité des cas, à condition, bien entendu, que l'ophthalmie ne soit pas grave de sa nature, ni par trop avancée.

M. DOLBEAU insiste sur l'encombrement et le manque de nourrices en nombre suffisant, ce qui, suivant lui, explique la gravité toute particulière de l'ophthalmie qu'on observe à l'hospice des Enfants assistés. Après y avoir passé trois ans, il est sorti avec cette conviction que la malignité de l'ophthalmie qu'on y traite est extrême, et dès lors les cas signalés par M. Guéniot lui paraissent ne devoir représenter qu'une série heureuse d'ophthalmies relativement légères.

Le crayon de nitrate d'argent combiné avec l'emploi des douches pulvérisées est ce qui lui a réussi le mieux dans cet établissement, mais en ville, vu les conditions hygiéniques meilleures, les simples collyres, comme ceux dont on a parlé, peuvent parfaitement réussir.

M. GUÉNIOT insiste de nouveau pour préciser que le chiffre de guérison donné par lui concerne non de simples ophthalmies catarrhales, mais bien des cas véritables d'ophthalmie purulente.

Sans doute, lorsqu'il y a déjà une fonte de l'œil, ou de la choroïdite (qu'il croit d'ailleurs rare), le cas est désespéré; mais, ainsi

qu'il l'a dit, ces cas mis à part, la guérison est à peu près constante, alors même qu'il y a un certain degré d'ulcération de la cornée.

M. PANAS croit, comme MM. Guéniot et Dolbeau, que le crayon mitigé constitue le meilleur mode de traitement dans les cas de véritable ophthalmie purulente des nouveau-nés, laquelle présente, comme on sait, tant de points de ressemblance avec l'ophthalmie blennorrhagique de l'adulte.

Comme cinq ou six applications de caustique suffisent, terme moyen, pour arrêter la purulence, on peut, si les enfants résistent ou font de violents efforts, avoir recours au chloroforme et, dans le cas de gonflement avec phymosis des paupières, pratiquer le débridement de la commissure externe. Ce débridement a, entre autres avantages, celui de diminuer la pression sur le sommet de la cornée, ce qui en prévient le sphacèle.

Un fait qu'il est bon de noter, puisque l'occasion s'en présente, c'est que le pus de cette ophthalmie, inoculé par M. Panas, sur la conjonctive, chez des chiens qui venaient de naître, est resté absolument négatif. La même chose est arrivée en substituant au pus de l'ophthalmie du pus blennorrhagique pris chez un malade de l'hôpital du Midi.

M. MARJOLIN croit que cinq à six cautérisations ne suffisent pas pour la guérison. Il n'a pas eu l'occasion de pratiquer des inoculations sur les yeux d'animaux, mais il a vu et soigné deux jeunes chats affectés d'ophthalmie grave, qu'il parvint à guérir à l'aide de collyres au nitrate d'argent.

M. PANAS répond à M. Marjolin que cinq ou six cautérisations, insuffisantes sans doute pour guérir complétement l'ophthalmie, suffisent le plus souvent, ainsi qu'il l'a dit déjà, pour changer le caractère purulent de cette dernière. Réduite de la sorte aux proportions d'une conjonctivite catarrhale, les simples collyres suffisent, alors qu'employés dès le début, ils pourraient rester sans effet.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel: F. PANAS.

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :
— Le dernier numéro de l'*Union médicale.*

LECTURE

M. VERNEUIL donne lecture de l'observation suivante :

Blessure de l'artère humérale par arme à feu. — Guérison spontanée de la plaie artérielle; absence de suppuration de la plaie des parties molles.— M. M..., 26 ans, officier de la garde mobile, fut blessé au bras gauche, le 18 octobre au matin, par un coup de révolver, involontairement déchargé sur lui.

La douleur fut minime, mais le sang s'échappa en abondance, et en quelques instants imprégna les vêtements qui recouvraient le membre.

M. M..., transporté chez lui, fut visité par son médecin, qui prescrivit le repos, les applications froides sur le point blessé, et me fit mander.

Nous vîmes M. M... à cinq heures du soir. Le bras, fléchi à angle droit, reposait sur un coussin; l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite ; quelques caillots peu volumineux recouvraient seulement la plaie d'entrée. Point de douleurs, sensation d'engourdissement et de pesanteur dans l'avant-bras et la main, avec légère diminution de la température appréciable au toucher, mais conservation de la sensibilité sur tous les points du tégument et du mouvement dans tous les muscles.

Le pouls manque absolument aux artères radiale et cubitale; nous le cherchons sans plus de succès au pli du coude et dans le tiers inférieur du bras ; au contraire, on le distingue nettement au tiers supérieur; dans le tiers moyen on constate une légère tumé-

faction sur le trajet de l'artère humérale, et là, dans l'étendue de plusieurs centimètres de longueur et de trois centimètres environ de largeur, on perçoit des pulsations très-évidentes avec expansion appréciable. L'auscultation n'est pas pratiquée, dans la crainte d'imprimer au membre des mouvements nuisibles. Ces constatations nous font admettre une section de l'artère humérale avec commencement d'anévrysme faux primitif.

Les commémoratifs et l'examen de la blessure appuient ce diagnostic. En effet, le projectile est de petit calibre, cylindro-conique et de 7 millimètres de diamètre. Or, les blessures faites par ces balles ne donnent lieu qu'à une hémorrhagie insignifiante quand elle ne traverse que les tissus cutanés et musculaires, et le blessé affirme que le sang est sorti en abondance et en bouillonnant. Un vaisseau important a donc été atteint, et comme en ce point l'artère humérale ne donne pas de branche notable, elle seule a pu fournir l'hémorrhagie.

Le trajet de la balle est aussi concluant. Entrée par la partie antérieure du bras vers la partie moyenne, à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de la face antérieure du biceps, cette balle est sortie à l'union de la face interne avec la face postérieure du bras. En raison du grand développement des muscles, la distance entre les trous d'entrée et de sortie mesure environ 9 à 10 centimètres.

On comprend très-bien que l'artère humérale ait été comprise dans ce trajet, on peut seulement s'étonner que les nerfs satellites n'aient point été touchés; le petit volume du projectile explique seul cet heureux basard.

Les trous d'entrée et de sortie sont à peu près égaux et de petite dimension, remplis seulement par un caillot de quelques millimètres.

Malgré la bénignité apparente de la blessure, on pouvait redouter le retour de l'hémorrhagie ou l'accroissement de l'anévrysme faux déjà manifesté. Je songeai donc à prévenir au plus tôt l'une et l'autre de ces éventualités en découvrant le point blessé et en liant les deux bouts de la plaie artérielle.

L'absence de gonflement et d'inflammation, la proportion minime de l'épanchement sanguin, avaient rendu facile cette petite opération. Le point blessé devait se trouver nécessairement à l'intersection du trajet de la blessure et de la ligne fictive qui indique la situation normale du vaisseau.

J'ajournai cependant l'exécution de la ligature, parce que le jour

baissait, que je n'avais qu'un aide à ma disposition et que d'ailleurs il n'y avait pas urgence. Je pris cependant quelques précautions.

Une attelle de bois léger en forme d'équerre et convenablement garnie fut placée sous le membre et assujettie de façon à assurer l'immobilité complète; des compresses pliées en plusieurs doubles et imbibées d'un liquide résolutif et refrigérant furent appliquées sur le bras, avec recommandation de les renouveler sans cesse. Le trajet de l'artère ayant été marqué à la face interne du bras, je montrai à un parent du blessé la manière de comprimer le vaisseau avec la main au cas où le sang reparaîtrait.

Je construisis même avec une boucle et quelques compresses graduées, un petit appareil qu'il eût été facile d'appliquer en attendant l'arrivée d'un secours médical.

Quelques grains d'opium furent prescrits pour assurer une nuit tranquille et prévenir l'agitation physique et morale.

Rendez-vous fut pris pour le lendemain matin. Sur ces entrefaites, j'eus l'occasion de rencontrer notre éminent collègue M. Larrey et de lui demander conseil; il m'engagea à ne point me presser et à différer l'opération, à moins de nécessité pressante.

A onze heures, nous retrouvâmes les choses dans le même état que la veille.

L'épanchement sanguin n'avait pas augmenté, les battements semblaient même amoindris, nulle douleur locale, point de traces d'inflammation ni aux orifices, ni dans la profondeur de la plaie. Le pouls radial n'avait pas reparu.

Les jours suivants ne furent marqués par aucun incident. La tumeur sanguine disparut peu à peu, remplacée par une induration diffuse assez étendue. Les battements cessèrent sur le quatrième jour, et les plaies, recouvertes d'une petite croûte noirâtre, se cicatrisèrent sans suppuration. L'immobilisation complète du bras à l'aide de l'attelle coudée fut néanmoins maintenue pendant une quinzaine de jours. Mais la guérison semblait effectuée longtemps auparavant. Je revis M. M... le 5 et le 20 novembre. Sauf le pouls absent et une légère roideur tenant à l'immobilité prolongée et à l'induration persistante de la gaîne des vaisseaux, le membre m'a paru dans les conditions normales. A peu près complétement rassuré sur les chances de la formation ultérieure d'un anévrysme, j'ai permis à M. M... de se servir modérément du bras et de reprendre ses fonctions militaires.

Si, comme je le crois, la blessure de l'artère humérale ne peut être contestée, l'observation qui précède ne laisse pas d'être cu-

rieuse et de fournir un exemple assez rare de guérison spontanée d'une section artérielle par projectile de guerre.

Le petit volume de celui-ci, l'étroitesse et la longueur du trajet, surtout l'absence d'inflammation et de suppuration, l'immobilité prolongée du membre, sur l'utilité de laquelle Amussat insistait jadis avec tant de raison, ont certainement contribué à divers titres à l'hémostase spontanée, provisoire d'abord, puis définitive. Au reste, je rapprocherai ce fait de celui que j'ai communiqué l'an dernier à la Société, et dans lequel une balle de révolver ayant blessé la carotide et la jugulaire, il en résulta un anévrysme artério-veineux qui persiste encore aujourd'hui, mais qui n'a jamais déterminé d'accidents graves.

La plaie, unique en ce cas, s'était également cicatrisée sans suppuration, fait moins exceptionnel, au reste, qu'on ne le croit.

Les chances d'arrêt définitif d'une hémorrhagie après hémostase provisoire doivent-elles faire abréger cette règle si sage d'aller à la recherche du vaisseau blessé et d'en lier les deux bouts? Je ne le pense pas, et je crois qu'un fait exceptionnel, tout en conservant son intérêt, ne doit pas faire loi.

L'abstention est réellement indiquée, si le trajet de la plaie n'est pas exposé à s'enflammer et à suppurer, si le malade est d'une bonne constitution et n'est pas menacé d'accidents généraux, si enfin le milieu est favorable. Dans les conditions contraires, les hémorrhagies secondaires sont si menaçantes et si probables, qu'on ne doit pas hésiter à prendre contre elles la précaution par excellence, c'est-à-dire la ligature des deux bouts du vaisseau blessé.

M. BOINET parle de deux cas de blessure par balle, de l'artère humérale, observés par lui.

Dans le premier cas, les nerfs médian et cubital avaient été touchés. Il y eut deux hémorrhagies consécutives que la compression a pu arrêter. L'artère humérale s'étant oblitérée spontanément, on ne percevait plus en ce moment les battements de la radiale et de la cubitale; après une suppuration prolongée, le malade guérit sans anévrysme consécutif.

Dans le second cas, malgré l'arrêt spontané et primitif de la circulation dans les artères du membre (absence de battements dans les artères radiale et cubitale), le malade eut trois hémorrhagies consécutives qui obligèrent M. Boinet, après des tentatives infructueuses de compression, de pratiquer la ligature de l'axillaire au niveau de la racine du bras.

M. GUÉRIN demande à M. Verneuil si le blessé a éprouvé, au mo-

ment de l'accident, la douleur vive et caractéristique qui accompagne l'arrêt brusque de la circulation dans une grosse artère.

M. VERNEUIL répond que le malade n'a ressenti qu'une douleur médiocre, ce qui s'explique par le peu de dégâts produits par la balle du révolver.

M. GUÉRIN pense que la raison invoquée par M. Verneuil ne saurait suffire pour expliquer l'absence de douleur, attendu que celle-ci est due uniquement à l'arrêt de la circulation, et non aux dégâts plus ou moins grands des tissus ambiants. Dans la ligature des gros troncs artériels des membres, les choses se passent exactement de même.

M. GIRALDÈS approuve M. Verneuil et insiste comme lui sur la nécessité de lier dans la plaie l'un et l'autre des deux bouts artériels, attendu que la plupart du temps les hémorrhagies consécutives se font par le bout inférieur.

M. BOINET ne conteste nullement l'opportunité de ce précepte, bien que la ligature du tronc principal puisse suffire dans certains cas, comme dans l'observation dont il a fait mention.

Cicatrisation sans suppuration des trajets de balle. M. VERNEUIL, se fondant sur six cas qu'il a été à même d'observer dans ces derniers temps, se demande s'il y a réellement lieu de s'attacher à un mode de traitement qui viserait à un pareil résultat.

Déja Gustave Simon, cité par M. Legouest, avait proposé de pratiquer à cet effet l'excision des deux orifices, qu'il suturait ensuite, en même temps qu'il exerçait une compression sur tout le trajet.

Avec nos idées sur les plaies contuses, ce procédé paraît au premier abord antiphysiologique. Malgré cela, il était permis de tenter quelque chose dans ce sens, et c'est ce que fit M. Verneuil en essayant le pansement par occlusion (baudruche collodionnée), pansement qui lui avait fourni d'excellents résultats dans les fractures de jambes compliquées de plaie.

Les résultats obtenus n'ont pas répondu à son attente, et même, dans un cas de plaie en séton du bras, s'étendant depuis l'acromion jusqu'à l'olécrâne, il eut à combattre un vaste phlegmon gangréneux qui mit la vie du malade en péril.

Il est bon d'ajouter toutefois que, dans ce cas, la balle avait fracturé l'acromion comminutivement, et passé profondément sous le triceps, ce qu'on ignorait au début, ne voulant pas explorer le trajet, qu'on avait cru sous-cutané, et comme tel devant se prêter à une réunion immédiate. Partant de ces faits négatifs, et de la né-

cessité qu'il y a de ne jamais laisser les trajets de balle inexplorés, M. Verneuil n'hésite pas à condamner la réunion par première intention.

M. BLOT, se fondant sur des faits qu'il a été à même d'observer, pense que la réunion sans suppuration n'a lieu qu'alors que le projectile est d'un petit volume, tels que : grains de plomb, petites balles de révolver, éclats métalliques d'une petite dimension, etc.

M. GIRALDÈS pense qu'il faut tenir compte de la forme du projectile. C'est ainsi qu'avec la balle olivaire dont se servent les Prussiens on observe plus souvent la réunion sans suppuration qu'avec les balles rondes, et surtout les cylindro-coniques, qui déterminent le plus de dégâts. Ensuite il y a là une question d'individu qui doit être prise en considération.

L'avivement des plaies par armes à feu a été proposé par Larrey le premier, surtout pour celles de la face.

Le chirurgien américain Haward, qui pendant la guerre de la Sécession avait été chargé tout particulièrement du traitement des plaies de poitrine, avait proposé l'excision et la suture pour ce genre de plaies. Il n'a eu à enregistrer que des insuccès.

On sait, d'autre part, que l'occlusion spontanée des orifices du trajet, à une époque peu éloignée du début, expose souvent au phlegmon et à des abcès; aussi M. Giraldès ne craint pas de repousser cette pratique, d'autant plus que l'exploration du trajet lui paraît une chose indispensable.

Pour cette exploration, M. Giraldès préfère le doigt, après avoir débridé au besoin l'orifice extérieur.

Il cite à l'appui un cas où, pour s'être contenté de l'exploration à l'aide de sondes, un confrère avait pris pour une balle enclavée dans l'os coronal la cloison des sinus frontaux. Le malade, après avoir été soumis à de vaines tentatives d'extraction, fut dirigé au Val-de-Grâce, et c'est alors que M. Giraldès put reconnaître, à l'aide du doigt, qu'il n'y avait lieu de faire aucune espèce d'extraction.

M. MARJOLIN, tout en ayant observé des cas de réunion sans suppuration, ne les considère pas moins comme très-exceptionnels, et pense que l'on doit porter un pronostic d'autant plus réservé, que des délabrements étendus des parties molles, et même des fractu- passent souvent inaperçus à un premier examen.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :
— Le dernier numéro de *l'Union médicale*.

M. VERNEUIL dépose sur le bureau une brochure de M. Henr Petit, intitulée : *Note pour servir à l'histoire de la phlébite inguinale, consécutive à la compression de l'artère fémorale au pli de l'aine.*

M. Verneuil pense que pour éviter ce genre d'accident et remédier à l'insuffisance des aides, on pourrait se dispenser, en cas d'amputation, de comprimer la fémorale, et c'est ce qu'il fit avec succès.

M. GUÉNIOT offre à la Société son mémoire ayant pour titre : *De l'opération césarienne à Paris, et des modifications qu'elle comporte dans son exécution* (extrait du Bulletin général de thérapeutique).

M. GIRALDÈS dépose sur le bureau, au nom de M. Béranger-Féraud, le premier fascicule d'un ouvrage intitulé : *Traité des fractures non consolidées ou pseudarthroses.* — M. Bérenger-Féraud, chirurgien principal de marine et auteur de diverses publications, se recommande, ajoute M. Giraldès, aux suffrages de la Société pour la place de membre correspondant national, qu'il sollicite vivement.

DISCUSSION

Plaies par armes à feu (suite). — M. MARJOLIN insiste de nouveau sur la rareté comparative de la cicatrisation sans suppuration des plaies par projectile de guerre.

Vouloir généraliser ces faits, ce serait aussi mauvais que de détruire le précepte de la compression préalable des gros troncs artériels dans les ampulations des membres. Sans doute, une compression mal faite ou par trop forte peut entraîner des accidents comme ceux signalés par MM. Verneuil et Petit; mais, bien faite et

modérée, la compression préventive de l'hémorrhagie n'a en soi rien que d'utile, et, comme telle, devra être conservée dans la pratique chirurgicale.

M. BOINET considère la cicatrisation sans suppuration des trajets des balles, comme étant encore plus communément observée que ne l'a dit M. Verneuil. Pour son compte, sur un total de 104 blessures de ce genre, il eut à enregistrer 10 cas de réunion primitive, et sur ce nombre, quatre fois, les os eux-mêmes auraient été intéressés. — M. Boinet cite entre autres un jeune homme chez lequel la balle avait traversé les condyles du fémur, et qui n'a pas moins guéri sans suppuration du trajet, et sans complication aucune du côté de l'articulation du genou. Par contre, sept fois, de simples sétons des parties molles ont longtemps suppuré, et l'exploration au doigt permit d'extraire des morceaux de drap, qui en y séjournant avaient entretenu une suppuration prolongée.

Le traitement suivi par M. Boinet consiste à pratiquer des lavages et des injections journalières dans les trajets avec une solution aqueuse iodo-tannique, et cela, jusqu'à ce que le trajet se déssèche ou bien qu'il suppure abondamment. Dans ce dernier cas, on suspend les injections pour des pansements au styrax, et l'on revient aux injections sitôt que les chairs commencent à devenir exhubérantes.

En procédant de la sorte, M. Boinet n'a eu à enregistrer jusqu'ici aucun cas d'infection purulente, et a pu se dispenser de pratiquer des débridements.

M. GIRALDÈS croit devoir faire des réserves au sujet des cas où en même temps que les parties molles, les os se trouvent intéressés; son embarras augmente en songeant aux fêlures pénétrant dans l'articulation et qui accompagnent si souvent les fractures par balle des épiphyses. De même, les fractures comminutives des os du tarse et du carpe se compliquent souvent d'accidents phlegmoneux redoutables.

M. Giraldès insiste de nouveau sur la nécessité qu'il y a d'explorer les trajets des balles à l'aide du doigt, en vue d'en extraire les corps étrangers métalliques ou autres qui peuvent y séjourner. A ce propos, il cite le cas tout récent d'un sous-officier chez lequel il fut conduit à extraire non-seulement des morceaux de drap, mais, en outre, des fragments métalliques, provenant d'une lorgnette que le malade tenait à la main et qui fut brisée par le projectile au moment de la blessure.

M. OINET. Elevé dans les idées classiques, il n'a pas été moins

frappé que M. Giraldès, en voyant l'extrême simplicité de certaines blessures intéressant les os. C'est même pour cela qu'il a tenu à en parler. Est-ce à la forme des balles ou bien au traitement employé qu'il faut attribuer cet heureux résultat? c'est ce que M. Boinet ne saurait affirmer, quant à présent.

M. LARREY pense qu'en fait de blessures par armes à feu, il devient toujours difficile de formuler des règles absolues.

Il en est toutefois une qui ne comporte que peu d'exceptions, à savoir, que toute blessure de ce genre devra suppurer *plus ou moins*. Beaucoup de trajets de balle à orifice d'entrée et de sortie se réunissent en grande partie par une espèce de dessiccation; mais même alors les orifices du séton, comme on l'appelle, suppurent dans une certaine mesure.

M. Larrey insiste comme M. Giraldès sur l'éclatement des os par les projectiles nouveaux, et sur la gravité des lésions du tissu osseux; ce qui ne l'empêche pas d'admettre, comme cliniquement démontrée, la possibilité de la guérison sans accidents graves dans certains cas de fractures périarticulaires. C'est ainsi qu'il a pu recueillir déjà un certain nombre de guérisons pour des plaies pénétrantes du genou, dont il compte entretenir la Société dans un avenir prochain.

Tout en avouant qu'on a abusé autrefois des débridements, M. Larrey ne persiste pas moins à croire que, faits dans une certaine mesure (autant que possible, sous-cutanés et multiples), ces débridements donnent d'excellents résultats.

M. VERNEUIL. Sans détruire les règles dont a parlé M. Larrey, on peut dire que les faits nouvellement observés, s'ils continuent à se multiplier, modifieront notablement, au moins en ce qu'elles avaient d'exclusif, les idées qu'on s'était faites jusque-là sur les plaies par armes à feu. Cette différence dans les résultats tient probablement à l'influence du milieu, plus favorable ici que sur les champs de bataille; mais, avant tout, il fallait constater le fait en lui-même.

Le débridement préventif, justement abandonné, ne saurait supporter la discussion, et quant à celui qu'on est appelé à pratiquer après que le phlegmon a éclaté, il est triste d'avouer qu'il reste le plus souvent inefficace et qu'il ne parvient pas à arrêter les progrès du mal.

Jusqu'à preuve du contraire, M. Verneuil considère les plaies avec fracture intra-articulaire (dans nos hôpitaux au moins) comme ne pouvant échapper à l'amputation ou à la résection, sauf dans

quelques cas très-rares, et qu'il est impossible d'indiquer à l'avance.

M. GUÉRIN est d'avis qu'il faudrait limiter la discussion actuelle aux seules plaies pouvant se cicatriser sans suppuration appréciable, et laisser la solution des autres grandes questions de chirurgie des armées pour le moment où un grand nombre d'éléments scientifiques viendront s'ajouter à ceux qui existent déjà.

M. GIRALDÈS pense qu'il est bon de tenir compte de ce qui a été observé déjà, attendu que le régime, pendant le siége, devant varier d'un moment à l'autre, il faudra plus tard faire entrer cet élément dans la discussion.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. MEUNIER, chirurgien des hôpitaux, présente un calcul urinaire phosphatique, du volume d'un œuf de pigeon, recueilli par lui chez un vieillard de 80 ans.

La muqueuse vésicale offrait une coloration d'un rouge foncé par places, et le lobe moyen de la prostate était hypertrophié. C'est à cette dernière lésion et à la gêne qui en résultait pour la miction que M. Meunier croit devoir attribuer la formation de la concrétion lithique.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1870.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la séance du 14 décembre est lu et adopté.

(La Société n'a pas tenu de séance le 21 décembre, par suite des événements de guerre.)

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— *L'Union médicale* du 28 octobre ;

— Le *Bulletin de thérapeutique*, numéro du 30 novembre.

DISCUSSION.

De la compression préventive dans les artères.—M. VERNEUIL. Pour plus de clarté, relativement à ce que j'ai dit dans la dernière séance, je tiens à signaler expressément que la ligature des artères, pratiquée à mesure qu'on découvre les vaisseaux, obvie très-heureusement à l'hémorrhagie.

La quantité de sang perdu est égale ou même moindre que lorsque la compression préventive a été bien exécutée, ce qui, joint à l'insuffisance malheureusement trop fréquente de bons aides, constitue une véritable prééminence de la méthode en question.

Bien que la durée de l'opération soit une chose secondaire depuis la découverte des anesthésiques, je tiens à dire qu'elle n'est pas sensiblement plus grande, puisque quinze minutes ont suffi pour terminer une amputation de jambe. M. Verneuil a pratiqué de cette façon trois désarticulations de l'épaule, deux désarticulations de la hanche, une amputation intra-deltoïdienne du bras et deux amputations de jambe.

M. Maisonneuve paraît avoir préconisé cette méthode, seulement M. Verneuil ignore si c'est par les mêmes raisons qu'il a été conduit à la mettre en pratique.

Au sujet de la phlébite inguinale, qu'il attribue à la compression, M. Verneuil signale l'existence d'un caillot, gelée de groseille à son milieu, et puriforme à ses deux extrémités; disposition qui témoigne du début de la thrombose à l'endroit même où avait porté la compression digitale.

S'il s'agissait en effet d'un caillot formé spontanément, la désagrégation de celui-ci serait à son *summum* au niveau du bout coupé de la veine, et irait en diminuant vers l'autre extrémité. C'est à cette thrombose que M. Verneuil attribue l'état phlegmoneux grave du moignon et la mort par pyohémie chez deux de ses opérés de cuisse.

M. TARNIER dit avoir assisté M. Maisonneuve, il y a plusieurs an-

nées, à une amputation de cuisse faite sans compression de la fémorale; seulement il est obligé d'avouer que, malgré la ligature successive des artères coupées, on dut, à un moment donné, avoir recours à la compression de la fémorale, afin de modérer la perte du sang qui devenait par trop abondante.

M. MARJOLIN insiste de nouveau sur l'innocuité et l'utilité de la compression préventive, pourvu qu'elle soit bien appliquée. Une statistique personnelle, faite sur une grande échelle par M. Verneuil, pourrait seule fournir des éléments de comparaison de sa pratique avec les préceptes anciens. Du reste, il est à noter qu'en province, où, de l'aveu même de M. Verneuil, la compression laisse souvent à désirer, on n'observe pas de phlébite ni d'infection purulente, preuve qu'il y a là autre chose que la compression de la veine, incriminée par notre collègue.

M. GIRALDÈS reconnaît les dangers d'une compression par trop forte, qui d'ailleurs est inutile, puisqu'une compression légère et méthodique, ainsi que l'avait enseigné Blandin, suffit pour arrêter le cours du sang dans les artères.

Pour ce qui est de la ligature faite à mesure qu'on divise les vaisseaux, elle a été pratiquée déjà par divers chirurgiens pour les amputations à la racine de la cuisse. On sait en outre que Larrey, dans son procédé de désarticulation de l'épaule, recommandait de faire comprimer par un aide le pédicule axillaire, pendant qu'il finissait la section des parties molles. Enfin, en Amérique, on a proposé pour la cuisse de tailler un lambeau externe, puis de sectionner le fémur, et de ne couper qu'en dernier lieu un lambeau interne, alors qu'un aide a saisi celui-ci par la base pour y comprimer la fémorale.

L'habitude entre pour beaucoup dans la manière de faire de chacun, et c'est ainsi que Guthrie dit avoir pratiqué la désarticulation de l'épaule sans compression d'aucune sorte de l'artère axillaire. Cet auteur affirme qu'en allant vite, et en saisissant de suite l'artère coupée, on ne perd presque pas de sang. M. Gosselin et moi, assistant un jour Gerdy à une désarticulation de l'épaule, nous pûmes, en procédant de la sorte, saisir et lier l'axillaire sans perte notable de sang.

M. VERNEUIL, répondant au vœu exprimé par M. Marjolin au sujet d'une statistique personnelle, fait observer que les conditions d'insuccès, après les grandes amputations, sont trop complexes pour pouvoir au juste y faire la part de la phlébite et de la compression qui la provoque.

Les tentatives de chirurgiens de mérite cités par M. Giraldès prouvent une fois de plus la nécessité qu'il y a de chercher, en dehors de la compression classique des gros troncs artériels, quelque chose de moins difficile dans son application, et qui donne à la fois plus de sécurité contre l'hémorrhagie. Quant au procédé d'amputation de cuisse proposé dans ces derniers temps en Amérique, il y a plus de quinze ans que M. Verneuil l'a vu exécuter à M. Maisonneuve.

M. PANAS. Sans vouloir nier la possibilité d'une oblitération veineuse par compression, je pense que la phlébite est une lésion trop fréquemment observée chez les individus morts de pyohémie, et qu'elle suffit pour expliquer la thrombose de la veine crurale, sans qu'il soit nécessaire d'attribuer celle-ci à la compression exercée par l'aide au moment de l'opération. La raison tirée du ramollissement puriforme du bout central du caillot ne saurait suffire pour entraîner la conviction contraire, attendu que la disposition des caillots phlébitiques varie à l'infini. Dans ces cas, non-seulement il y a de la phlébite, mais tous les éléments anatomiques du membre, y compris le tissu médullaire des os, les vaisseaux et les ganglions lymphatiques suppurent et se sphacèlent. D'ailleurs, ainsi que l'a fait observer M. Marjolin, si la compression mal faite exerçait réellement l'influence que lui accorde M. Verneuil, on devrait observer ce résultat plus souvent à la campagne, où l'on manque d'aides expérimentés, ce qui n'est pas.

A l'appui de ce que disait M. Giraldès sur la possibilité de pratiquer la désarticulation de l'épaule, sans s'occuper de l'axillaire autrement que pour saisir le vaisseau sitôt qu'il vient d'être divisé par le couteau, j'ai pu effectivement procéder ainsi chez une maraudeuse blessée par un coup de feu au bras gauche. La balle avait traversé le sein gauche, fracturé comminutivement l'humérus et blessé l'artère humérale, qui ne présentait plus de battements. Aussi, dès le lendemain, il y eut sphacèle total du membre, à l'exception de deux travers de doigt de peau au voisinage de l'acromion.

C'est dans ces conditions que la désarticulation fut pratiquée par le seul procédé qui était applicable ici, à savoir celui de l'épaulette de Dupuytren. Deux ligatures seules furent appliquées, une pour l'axillaire et l'autre pour la sous-scapulaire, sans qu'on ait perdu pendant tout le cours de l'opération plus de trente grammes de sang.

Un fait qui peut intéresser tout particulièrement la médecine opé-

ratoire c'est que ce lambeau unique externe, à peine suffisant avec ses deux travers de doigt de hauteur pour cacher l'acromion, finit par descendre petit à petit jusqu'à acquérir cinq travers de doigt de hauteur, et par recouvrir toute la cavité glénoïde.

Les suites en furent du reste des plus simples, et la malade, âgée de 48 ans, se trouve actuellement guérie. C'est à la traction de toutes les parties molles du thorax qu'est dû l'allongement subi par le lambeau, et ce fait mérite d'être compté à l'avantage d'un procédé opératoire qui offre en outre celui d'un écoulement absolument libre pour le pus.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

FIN DU TOME ONZIÈME.

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.

A

Accouchement (rupture de la moelle pendant l'), 172.
Amputations (résultats statistiques des), 149.
Anévrysme cirsoïde des artères occipitales, 138.
Anévrysme poplité guéri par la flexion du membre, 44.
Anesthésiques, 102.
Ankylose (par soudure des cartilages diarthrodiaux), 152.
Anus contre nature guéri par la suture, 289.
Apoplexie du placenta, 57.
Appareil Hennequin pour les fractures, 165.
Artère humérale (blessure de l'), 335, 338. — *Id.* poplitée (blessure de l'), 206.
Artères (danger de la compression chirurgicale des), 345.
Axillaires (blessure des vaisseaux et nerfs...), 314.

B

Bassin (fracture du), 108.
Bras (tumeurs), 248.

C

Calcul urinaire phosphatique, 344.
Cancer de l'ombilic, 209.
Carotides primitive et externe, ulcérées par adénite suppurée du cou, 281. — *Id.* externe (ligature préventive de la), 82.
Cataracte diabétique, 2, 8. — *Id.* (opération), 105, 110.

Chloral, 120, 132. — *Id.* contre le tétanos, 112, 156, 162, 299, 325, 327. — *Id.* contre le délire alcoolique, 320. — *Id.* contre l'éclampsie, 110.
Cœur (plaie du), 232.
Compression des artères, 345.
Cuisse (tumeur), 56.

D

Diabète, 12, 13.

E

Eclampsie puerpérale, 110.
Epidermique (greffe), 199.
Érectiles (tumeurs veineuses spéciales), 251.
Exostose éburnée du sinus frontal, 181.

F

Fracture compliquée du genou, 223. — *Id.* de cuisse (résultats fournis par l'appareil Hennequin), 165. — *Id.* de la face (d'un signe des), 247. — *Id.* transversale des os maxillaires supérieurs, 309. — *Id.* verticale double du bassin, 108.

G

Ganglions cervicaux hypertrophiés, 184.
Genou (fracture du), 223. — *Id.* (plaie pénétrante), 208.
Goître suffocant, 256.
Greffe épidermique, 199.
Grenouillette congénitale, 179. — *Id.* sublinguale, 299. — *Id.* (coexistence avec un kyste sus-hyodien), 299.
Grossesse (rapports de la grossesse avec le traumatisme), 298.

H

Hématocèle testiculaire, 221. — *Id.* parenchymateuse du testicule, 201, 220.
Hémorrhagies consécutives, 90, 92.
Hernie intestinale étranglée (nouveau mode de réduction), 66, 75. — *Id.* du muscle premier adducteur de la cuisse, 61.
Hydrocèle (mode de traitement), 80.
Hypertrophie ganglionnaire cervicale multiple, 184.

I

Inoculations épidermiques, 199.
Instrument écarteur des mâchoires pour la staphylorrhaphie, 48. — *Id.* porte-caustique pour l'opération césarienne, 99.
Intestin (occlusion de l'), 60.

K

Kyste hématique chez un coq, 235. — *Id.* de l'ovaire, 60.

L

Larynx (extraction d'un polype du larynx par les voies naturelles), 100.
Lithotritie périnéale, 13, 19, 26, 28, 80.
Loi de Donders sur la direction des méridiens primaires, 187.
Luxation récente de la mâchoire inférieure, 286, 287. — *Id.* de la rotule, 126. — *Id.* sus-pubienne irréductible, 245.

M

Mâchoire inférieure (luxation), 286, 287. — *Id.* (nécrose), 49, 64, 82, 174, 194, 324.
Méningo-encéphalocèle, 278, 281.
Moelle épinière (rupture), 172.
Mollet (tumeur fonguense du), 327.
Muscles (hernie de), 61.
Myome de l'utérus, 151.

N

Naso-pharyngien (polype), 253, 277.
Nécrose du maxillaire inférieur (élimination spontanée), 194. — *d.* phorée, 49, 64, 324.
Nœvus hypertrophique de la région fronto-sourcilière, 249, 327.

O

Occlusion intestinale, 60.
Œil (tumeur fibro-plastique de l'), 236.
Œsophogatomie (œsophogatomes), 99, 103.
Ombilic (cancer), 209.
Opération césarienne, 29, 35, 99, 235.
Ophthalmie des nouveau-nés, 328, 331.
Os (suture des), 62, 174.
Ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure, 82
Ovaire (kyste), 63.
Ovariotomie, 92, 243.

P

Palatines (tumeurs), 101.
Placenta (apoplexie du), 57.

Plaie pénétrante du cœur, 232. — *Id.* (du genou), 208.
Plaies par balle, se cicatrisant sans suppuration, 339-341.
Péroné (résection), 306.
Polype du larynx (extirpation), 100. — *Id.* naso-pharyngien, 253, 277.

R

Résection de l'extrémité inférieure du péroné, 306.
Rétinite leucocythémique, 128.
Rotule (luxation), 126.
Rupture de la moelle épinière pendant les manœuvres de l'accouchement, 172.

S

Sinus frontal (exostose éburnée), 181.
Staphylorrhaphie et uranoplastie chez les enfants, 211.
Suture des os, 62.
Syphilis traitée sans mercure, 225, 235.

T

Taille par écrasement linéaire, 22. — *Id.* hypogastrique, 28. — *Id.* médiane, 59.
Testicule, 201, 220, 221.
Tétanos (son traitement et sa nature), 112, 134, 137, 138, 143, 156, 162, 192, 196, 299, 325, 327.
répan, 140, 149.
umeurs du bras, 248. — *Id.* érectiles veineuses spéciales, 251. — *Id.* fibro-lastique de l'œil, 236. — *Id.* fongueuse du mollet, 327. — *Id.* fibreuses palatines, 101. — *Id.* de la racine de la cuisse, 56.

U

Utérus (myome), 151.

V

Version spontanée, 190.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES AUTEURS

B

BLOT, 13, 58, 99, 109, 119, 179, 180, 190, 232, 246, 279, 281, 330, 331, 340.
BOINET, 97, 200, 308, 325, 338, 342.
BRACHET, 151.
BROCA, 138, 150, 184, 186, 232, 235, 246.
BROWN SEQUARD, 134.

C

CASIN, 196.
CHASSAIGNAC, 22, 28, 31, 56, 65, 78, 90, 139, 147, 150, 180, 221, 278, 297.
CLOSMADEUC (de Vannes), 235.
COUSTURIER, 194.

D

DAUVÉ (Paul), 61, 281.
DEMARQUAY, 12, 13, 82, 90, 96, 98, 103, 108, 119, 120, 125, 205, 209, 232, 277, 288, 306, 327.
DEPAUL, 32, 57, 173, 235, 278, 281, 332.
DÉSORMEAUX, 165.
DESPRÉS, 56, 72, 75, 79, 118, 123, 137, 143, 146, 148, 156, 184, 204, 225, 232, 246, 255, 286.
DOLBEAU, 56, 80, 96, 103, 326, 331.
DUBREUIL, 192, 247.
DUFOUR (de Lausanne), 171.
DUPLAY, 126. 208, 308.

E

EHRMANN (de Mulhouse), 211.

F

FACIEU (Eugène), 208.
FLEURY (de Clermont-Ferrand), 251.
FORGET, 57, 80, 151, 180, 185, 256 299.

G

Giraldès, 17, 21, 48, 79, 90, 92, 102, 118, 132, 139, 145, 146, 148, 180, 183, 184, 205, 220, 278, 279, 281, 286, 288, 305, 324, 325, 328, 329, 339, 340, 342, 346.

Giraud-Teulon, 8, 103, 105, 110, 111, 187, 236, 329.

Guéniot, 32, 35, 41, 172, 181, 249, 308, 327, 328, 331.

Guérin (Alphonse), 64, 90, 139, 326, 339, 344.

Guyon, 90, 156, [illegible]1, 183, 313.

H

Horteloup, 80.

Houel, 138, 255, 279.

J

Janssens, 59.

Jouon, 63.

K

Krishaber, 99.

L

Labbé, 26, 66, 74, 78, 208, 220, 255, 256.

Lannelongue, 18, 66.

Larrey, 41, 55, 74, 108, 119, 139, 150, 186, 205, 235, 246, 249, 343.

Laugier, 196.

Laurent (Charles), 206.

Lavaux, 192.

Lefort, 162, 199, 206, 220, 223, 246, 248, 255.

Legouest, 28, 31, 41, 183, 185.

Letenneur (de Nantes), 62, 174, 313.

Liégeois, 13, 57, 92, 102, 103, 119, 125, 147, 148, 232, 243.

M

Marjolin, 55, 154, 155, 180, 185, 324, 327, 328, 331, 340, 341, 346.

Masgana (de Smyrne), 236.

Meunier, 344.

N

Notta (de Lisieux), 201.

Onimus, 192.